

Examensarbete:

När dieter utmanar kostrådgivningen

- En kvalitativ studie om hälsovårdarens arbete med kostrådgivning samt förhållningssätt till dieter

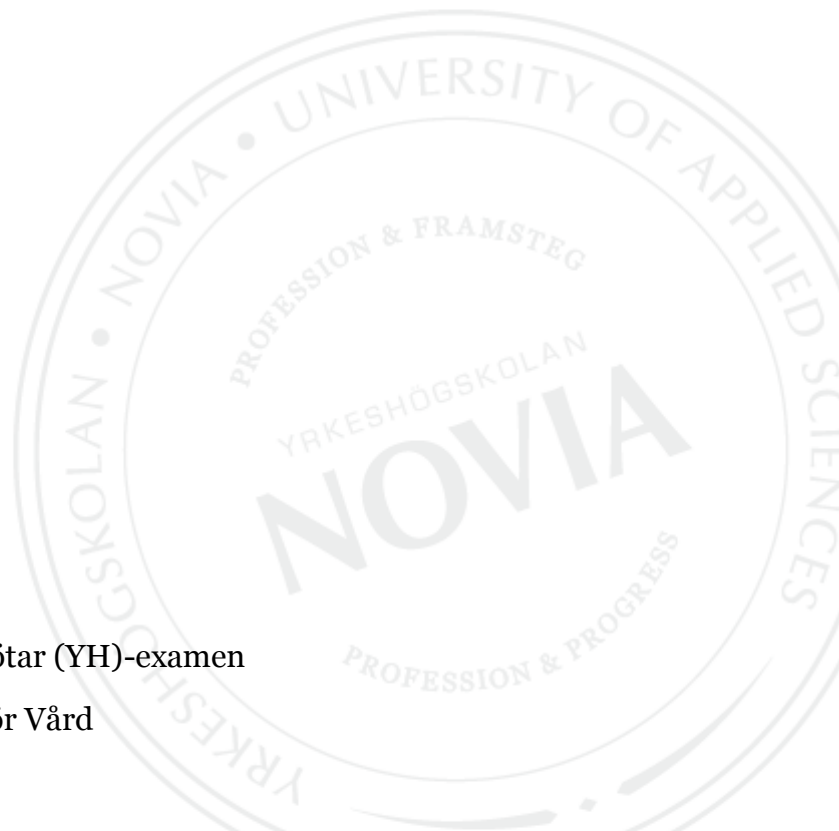
Linn Andersson

Ida Sandin

Examensarbete för sjukskötar (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Linn Andersson & Ida Sandin

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningsalternativ: Hälsovård

Handledare: Marie Hjortell

Titel: När dieter utmanar kostrådgivningen – en kvalitativ studie om
hälsovårdarens arbete med kostrådgivning samt förhållningssätt till dieter

Datum: Hösten 2013

Sidantal: 49

Bilagor: 4

Abstrakt

Syftet med denna studie var att kartlägga hur kostrådgivning inom vuxnas hälsovård ser ut idag, samt på vilket sätt kostrådgivning kommer på tal i hälsorådgivning. Med studien ville vi få kunskap om förekomsten av populära dieter i en hälsovårdarens arbete och hur man som hälsovårdare förhåller sig till dieter i sin kostrådgivning. Studien svarar på följande frågor: På vad baseras de kostråd som ges åt vuxna inom hälsovården? På vilket sätt och hur ofta tas kostrådgivning samt populära dieter upp i en hälsovårdarens arbete och hur förhåller sig hälsovårdare till dieter i sitt arbete? Studien är kvalitativ. Data har insamlats genom sju intervjuer och analyserats med hjälp av innehållsanalys. De teoretiska utgångspunkterna utgörs av Penders syn på hälsofrämjande samt utifrån Orems egenvårdsmodell.

I resultatet framkom att de nationella näringsrekommendationerna är de mest använda källorna inom kostrådgivning. Diskussioner om kost och dieter är ofta förekommande i en hälsovårdarens arbete. Initiativet till diskussion om kost och dieter tas både av klienten och av hälsovårdaren, beroende på situationen. Hälsovårdare rekommenderar inte att man skall följa dieter för att gå ner i vikt, utan att man istället äter enligt de nationella kostföreskrifterna. Likväl kan hälsovårdare se vissa positiva sidor av olika populära dieter.

Språk: svenska

Nyckelord: kostrådgivning, diet, hälsovårdare

BACHELOR'S THESIS

Authors: Linn Andersson & Ida Sandin

Degree Programme: Health Care, Vasa

Specialization: Public Health Care

Supervisor: Marie Hjortell

Title: When diets challenge diet counselling – a qualitative study of public health nurses' nutritional counselling and their attitudes to diets

Date: Autumn 2013

Number of pages: 49

Appendices: 4

Summary

The aim of the thesis was to map out contemporary dietary counselling in adult health care, and how dietary counselling comes up to discussion in health counselling. The study aims at gaining knowledge about the existence of popular diets in the work of the public health nurse and how you as a nurse relate to diets in your nutrition advice. The study answers the following questions: What forms the basis for dietary advice given to adults in a health care setting? In what way and how often does dietary advice and popular diets come up in the work of a public health nurse, and what line is the public health nurse to take to popular diets?

The study is qualitative. Data were collected through seven interviews and analyzed using content analysis. The theoretical framework consisted of Pender's approach to health promotion and Orem's self-care theory.

The result showed that the national nutrition recommendations are the most commonly used sources of nutrition advice. Discussions about nutrition and diets are often used in a work of a public health nurse. The initiative to discuss nutrition and diets is taken by both the client and the public health nurse, depending on the situation. Public health nurses do not recommend that you follow diets to lose weight, but instead to eat according to national nutrition recommendations. Nevertheless, public health nurses can see some positive aspects of various popular diets.

Language: Swedish Key words: dietary counselling, diets, public health nurse

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
2	Syfte och frågeställning.....	2
3	Teoretiska utgångspunkter.....	2
3.1	Penders hälsofrämjande modell	3
3.2	Orems egenvårdsmodell.....	4
3.2.1	Teorin om egenvård	4
3.2.2	Teorin om egenvårdsbrist.....	5
3.2.3	Teorin om omvårdnadssystem	5
4	Teoretisk bakgrund	6
4.1	Finländares kost förr och nu.....	6
4.2	Näringsrekommendationer i Finland	8
4.3	Förebygga folksjukdomar genom kostval	9
4.4	Dieter	11
4.4.1	GI-metoden	12
4.4.2	Lågkolhydratdieter	13
4.5	Hälsovårdarens arbete.....	14
4.6	Hälsorådgivning åt vuxna i Finland.....	15
4.7	Hälsorådgivande samtal	16
5	Tidigare forskning.....	19
5.1	Kost och sjukdom.....	20
5.2	Kost och viktnedgång	21
5.3	Kostrådgivning.....	23
5.4	Sammanfattning av tidigare forskning.....	26
6	Undersökningens genomförande	26
6.1	Intervju som datainsamling	27
6.2	Innehållsanalys som dataanalys	29
6.3	Val av informanter	30
6.4	Undersökningens praktiska genomförande.....	30
7	Resultatredovisning	32
7.1	Grunden för kostrådgivning	33
7.2	Kostrådgivning i hälsovårdarens arbete.....	34
7.3	Hälsovårdarens förhållningssätt till dieter i kostrådgivning	38
8	Tolkning.....	40
8.1	På vad baseras de kostråd som ges åt vuxna inom hälsovården?	40
8.2	På vilket sätt och hur ofta tas kostrådgivning samt populära dieter upp i hälsorådgivningen?.....	41

8.3	Hur förhåller sig hälsovårdare till dieter i sitt arbete?	45
9	Kritisk granskning.....	46
9.1	Perspektivmedvetenhet.....	47
9.2	Struktur.....	47
9.3	Pragmatiska kriteriet	48
10	Diskussion.....	49

Källförteckning

Bilagor

1 Introduktion

Hur ofta har du inte bläddrat i en veckotidning och fått syn på en ny metod för att snabbt gå ner i vikt? Dieter av olika slag blir allt mer populära och bland annat genom media sprids de effektivt ut till oss alla. I media målas dieter ofta upp som mirakulösa viktminskningsmetoder som många människor faller för (Aro, 2008). I Finland finns utarbetade kostrekommendationer, med vilka man vill förbättra invånarnas hälsa samt minska förekomsten av folksjukdomar och folkhälsoproblem. Dessa direktiv har omfattande forskning bakom sig och förespråkar en mångsidig kost samtidigt som man har sitt energiintag och sin förbrukning i balans. (Statens näringsdelegation, 2005, s. 7-8). Hur kommer det sig att man hellre väljer att följa en nyupptäckt diet istället för att äta enligt de näringsrekommendationer som finns att tillgå? Hälsovårdaren, som arbetar för att främja befolkningens hälsa, behandlar givetvis kostfrågor i sitt arbete.

Respondenterna studerar till hälsovårdare och är därför intresserade att ta reda på mer om diaternas förekomst i hälsovårdarens arbete. Genom att intervjua personer som arbetar med kostrådgivning vill vi få kunskap om huruvida diskussioner kring populära dieter har blivit en ofta förekommande händelse, samt hur man som hälsovårdare kan handskas med dessa frågor i en kostrådgivningssituation.

Detta examensarbete hör till projektet ”Välfärdssjukdomar i Finland – kan vi förebygga, lindra och bota?” som är ett samarbete med en österbottnisk hälsovårdscentral och Yrkesskolan Novia. I och med detta examensarbete vill respondenterna få förståelse om hur det är att arbeta med kostrådgivning. Vi hoppas att vår undersökning bidrar till en inblick i dagens kostrådgivning inom de vuxnas hälsovård, speciellt för de som studerar till hälsovårdare och andra personer som kommer att vara i kontakt med kostrådgivning.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att kartlägga hur kostrådgivning inom vuxnas hälsovård ser ut idag. Vi är intresserade av att ta reda på hur ofta samt på vilket sätt kostrådgivning kommer på tal i hälsorådgivning. Vi vill även skaffa oss kunskap om förekomsten av populära dieter i en hälsovårdares arbete. Med studien vill vi få fram hur man som hälsovårdare förhåller sig till dieter i sin kostrådgivning.

Frågeställningar:

1. På vad baseras de kostråd som ges åt vuxna inom hälsovården?
2. På vilket sätt och hur ofta tas kostrådgivning samt populära dieter upp i hälsorådgivningen?
3. Hur förhåller sig hälsovårdare till dieter i sitt arbete?

3 Teoretiska utgångspunkter

Kosthållning och dieter berör människans hälsa och välbefinnande och därför har respondenterna valt Penders hälsofrämjande modell och Orems teori om egenvård. Ett hälsofrämjande tankesätt bör finnas hos en hälsovårdare, då man vill hitta motivationen att genomföra positiva förändringar hos klienten. Egenvårdsmodellen har vi valt att ha med som utgångspunkt till denna studie eftersom vi anser att den kan användas inom kostrådgivning där det är klienten som själv väljer hur han/hon vill ta hand om sig och sin hälsa genom att förbättra sitt födointag.

3.1 Penders hälsofrämjande modell

Ett hälsofrämjande beteende kan sammanfattas som resultatet av en åtgärd som med syfte att uppnå positiva hälsoresultat, såsom optimalt välbefinnande och självförverkligande. Exempel på hälsofrämjande beteenden är att äta en hälsosam kost, träna regelbundet, hantera stress, få tillräckligt med sömn och vila, andlig tillväxt och att bygga upp positiva relationer. (Alligood & Tomey, 2010, s. 439)

Enligt Nola J. Pender (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006, s. 5), är hälsofrämjande det som motiveras av att man önskar öka välbefinnandet och ta fram och utveckla människans hälsoresurser. Vid hälsofrämjande tänkande vill man utöka de positiva möjligheterna till hälsa genom att motivera människan. Det är inte samma som sjukdomsförebyggande, vilket behövs i en kombination med hälsofrämjande för att kunna nå livskvalitet i alla utvecklingsstadier.

Det var på 1980-talet som Nola Pender utvecklade "Health Promotion Model", en modell för hälsofrämjande. År 1990 publicerades den första versionen av hälsofrämjandemodellen. Modellen är inriktad på att förutsäga en livsstil med vissa beteenden, t.ex. motion, som främjar individens hälsa. Varje människa har unika egenskaper och erfarenheter som direkt eller indirekt påverkar ens framtida handlingar. De individuella egenskaperna och erfarenheterna inkluderar tidigare beteenden och personliga faktorer. Personliga faktorer kategoriseras som biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer, som till exempel; ålder och kön, självförtroende och uppfattning av ens hälsotillstånd, samt ras, etnisk bakgrund och utbildning. Allt detta påverkar beteendespecifika tankemönster och affekter.

Människans beteendespecifika kognitioner och affekter grundar sig på individens upplevda fördelar och hinder för handlande, den upplevda egenförmågan samt känslor som relateras till aktivitet. Andra faktorer som påverkar individens beteende är interpersonella och situationsanpassade inflytanden. Interpersonell påverkan kan till exempel vara influenser från familj och vänner, medan situationsbundna inflytanden kan beskrivas som den påverkan människan utsätts för vid olika valmöjligheter eller inför krav.

Pender tar även upp innebörden av omedelbara motstridande krav och önskemål i sin hälsofrämjande modell. Omgående motstridiga krav kan finnas hos individer som anses ha låg egenkontroll när arbets- eller familjesituationen påverkar, vilket leder till motstridande beteenden och tillfälligt agerande som kan ha en negativ inverkan på möjligheten att

utveckla ett hälsosamt beteende. Pender ger som exempel att man väljer mindre hälsosam mat istället för att äta nyttigt, t.ex. att välja glass och sötsaker istället för ett mera hälsosamt mellanmål. (Pender m.fl., 2006, s. 44-50).

3.2 Orems egenvårdsmodell

Uttrycket egenvård förklaras av Orem (2001) som *för sig själv* och att den *ges av sig själv*. Med termen "egen" menas hela människans själ. Egenvården har ett syfte och är den handling som människan påbörjar och genomför på egen hand för att ta hand om livet, hälsan och välbefinnandet. Egenvården förklarar varför och hur människor hjälper sig själva. Det är en regelbunden uppgift som individen själv måste genomföra och den påverkas bland annat av familj, kultur och samhälle. I de flesta fall ansvarar vuxna för sig själva, medan spädbarn, barn, äldre människor, de sjuka och de funktionshindrade är i behov av fullkomlig vård eller hjälp med sina egenvårdshandlingar. (Orem, 2001, s. 43, 143).

Dorothea Orems egenvårdsmodell delas in i tre olika teorier, som tillsammans bildar en övergripande teori om omvårdnad.

3.2.1 Teorin om egenvård

Den första är teorin om egenvård, som beskriver varför och hur människan tar hand om sig själv. Denna teori fokuserar på tre begrepp: egenvård, egenvårdsbehov samt egenvårdskrav. Orem beskriver egenvården som de handlingar individen gör för sin egen skull för att ta hand om livet, hälsan och välbefinnandet. Dessa handlingar är frivilliga, medvetna och självmant utförda aktiviteter. Egenvården delas enligt Orem in i en värderingsfas, en planeringsfas samt en genomförandefas och dessa tre tillsammans bildar ett målinriktat handlingsförlopp.

Egenvårdsbehoven utgörs av kategorier såsom universella behov, utvecklingsmässiga behov och behov relaterade till hälsa. De universella behoven är de handlingar som människan gör för att sköta om den mänskliga funktionen och säkra hälsan och välbefinnandet. Detta kan exempelvis vara upprätthållande av syreupptag, samt vätske- och födointag. (Orem, 2001, s. 225). Utvecklingsmässiga egenvårdsbehov berör människans

livsomlopp, med antagande om att människans utveckling sker från födseln till livets slut. De egenvårdsbehov som relaterar till hälsa och hälsoproblem förekommer hos sjukdomslidande personer eller de personer med skador eller funktionshinder samt de som genomgår vårdbehandlingar. De egenvårdskrav en person kan ha, betraktas som de egenvårdshandlingar som bör göras för att personen skall tillfredsställa de universella, utvecklingsmässiga och hälsorelaterade behoven. (Orem, 2001, s. 53).

3.2.2 Teorin om egenvårdsbrist

Den andra är en teori om egenvårdsbrist, vilken beskriver och förklarar orsaken till varför människan behöver sjukvård. Det handlar om de personer som drabbats av någon eller flera hinder för att inte kunna utföra egenvård. Begränsningarna kan ha skett genom olika orsaker, exempelvis genom en olycka eller även p.g.a. en hög ålder. Egenvårdsbristen beskriver förhållandet mellan den enskilda individens förmåga att handla och dess brist att genomföra egenvård. De människor som av någon orsak har egenvårdsbrist behöver få professionell omvårdnadshjälp för att eventuellt kunna utföra en fortsatt god egenvård. (Orem, 2001, s. 146-147, 282).

3.2.3 Teorin om omvårdnadssystem

Teorin om omvårdnadssystem, den tredje teorin i egenvårdsmodellen, berättar om och förklarar de förhållanden som bör åstadkommas och upprätthållas för att sjukvård skall bli till. Teorin baserar sig på begrepp såsom omvårdnadssystem, omvårdnadskapacitet och hjälpmetoder. I en situation med omvårdnad agerar en vårdare och en person som är i behov av hjälp och som på egen hand inte kan tillfredsställa sina vårdbehov. Den person som hjälper till bör ha funnit sin roll som vårdare och därmed kunna veta vilka behov som den andre personen saknar och behöver få hjälp med. I denna omvårdnadssituation kan vårdaren hjälpa den hjälpbehövande att själv utveckla förmågan att inse och eventuellt tillfredsställa sina egna hjälpbehov. Omvårdnadssystemet grundar sig på samverkan mellan vårdaren och den som vårdas. (Orem, 2001, s. 147-148)

4 Teoretisk bakgrund

Respondenterna kommer i detta kapitel att beskriva kostrådgivning och kostrekommendationer som finns till för Finlands befolkning. Vi kommer mera ingående att ta upp om olika dieter, kartlägga vem hälsovårdaren är och beskriva finländarnas kosthållning förr och nu samt redogöra för sjukdomsförebyggande kostmöjligheter. I denna studie kommer vi att fokusera på dieter som personer frivilligt följer, vilket betyder att vi inte kommer att behandla dieter som beror t.ex. på allergier, såsom laktos- och glutenintolerans eller andra dieter med bakomliggande medicinska orsaker. I studien ligger fokusen även på kost och kostrekommendationer som riktar sig till den vuxna befolkningen.

4.1 Finländares kost förr och nu

I boken "Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa" skriven av Ihanainen, Lehto, Lehtovaara och Toponen (2008, s. 12-17) får man läsa om hur våra matvanor sett ut från stenåldern till nutid. Under den första delen av stenåldern hade man ännu inte börjat odla marken och man hade inga husdjur. Man levde som jägare och samlare, så kosten bestod av det som fanns att tillgå. Det som människorna på den tiden åt var växter, rötter, svamp, bär och frukt samt sjönötter. Djur som man fångade var bland annat gräshoppor, larver, groddjur, älgar, renar, björnar, rävar, bävvar, fåglar och fågelägg samt fisk och sälar. Kosten som de då levde av skiljer sig ganska mycket från den vi har i dag. Näringsmässigt åt man mycket mindre kolhydrater än vad man i dagsläget gör. Protein- och kalciumintaget var ungefär som det är idag.

Den viktigaste proteinkällan var viltkött. Från gravfynd har man konstaterat att människorna på stenåldern i vårt land fick i sig ganska bra med näring. Det har man kommit fram till då den genomsnittliga längden på människorna var runt 160-170 cm. På stenåldern var övervikt inget problem då födan inte innehöll så mycket fett och kolesterol. När det fanns gott om mat var folket lite rundare, vilket behövdes för att klara av perioder med mindre mat. Då klarade man sig bäst under svältperioder om man hade den egenskapen att samla på sig överskottsenergi. Idag är den egenskapen ofta mer en nackdel än en fördel. Människorna på stenåldern led varken av hjärt- och kärlsjukdomar eller diabetes. De hade ett aktivt liv och på så sätt höll de sig i god form. Trots det levde de i

medeltal endast till 30-års ålder. Från slutet av stenåldern och under bronsåldern började man med boskapsskötsel och jordbruk förutom jakt och fiske. (Ihanainen m.fl., 2008, s. 13-14)

Under medeltiden utvecklades vår matkultur och man började tillreda maten i större utsträckning. Mat som råg- och kornbröd, gröt, välling, saltfisk, rova, kålrot och olika sorters soppor hörde till den dagliga kosten. Kött åt man mer sällan och mjölk fanns endast att tillgå sommartid. Maten innehöll lite fett och mycket kolhydrater och fibrer. Övervikt signalerade att man hade det gott ställt snarare än att man åt onyttigt. Det var inte ovanligt med näringsbrist av olika slag. Bland annat vitamin A, C och D kunde en del få för lite av ur kosten, vilket orsakade olika bristsymtom. Då potatisen blev vanligare under slutet av 1800-talet förbättrades C-vitaminintaget i vårt land. (Ihanainen m.fl., 2008, s. 14-15)

Nuförtiden varierar våra matvanor ganska mycket. De allra flesta av oss har möjlighet att välja den mat vi vill äta och vi kan påverka hur mångsidigt och nyttigt eller onyttigt vi äter. Med det utbud som mataffärerna har så har vi möjlighet att få alla nödvändiga näringsämnen från kosten. Våra matval påverkas av trender, reklam och var och en har sina egna matvanor. (Ihanainen m.fl., 2008, s. 16-17).

Finländarens kostvanor har under senare tid förändrats i en positiv riktning, men än finns det rum för förbättring. Fettsnåla och fettfria produkter samt livsmedel med mjuka fetter används, men kunde användas oftare i vårt land istället för produkter med hårt fett. Konsumtionen av frukt och grönsaker har ökat, vilket är positivt. Likaså äter vi mera rågbröd och fågel samt mer av ost och yoghurt som däremot är en källa till mättat fett. En viktig sak att poängtera är att finländare får i sig mera socker nu än förut. Överlag äter finländare mindre kolhydrater än vad som rekommenderas, för lite fibrer och för mycket hårda fetter. (Statens näringsdelegation, 2005, s. 8)

Hälsan bland de vuxna i vårt land har under de senaste 30 åren haft en positiv riktning, men många saker finns ännu att förbättra. Kolesterolnivåerna bland befolkningen borde sänkas, det är endast 28 % av männen och 35 % av kvinnorna som har ett kolesterolvärde under det rekommenderade värdet 5 mmol/l. Endast en femtedel av de vuxna finländska männen och en tredjedel av kvinnorna har ett blodtryck som är under gränsvärdet 120/80 mmHg. I Finland har minst 49 % av kvinnorna och 66 % av männen ett BMI-värde över 25 (kg/m²). En femtedel av den vuxna befolkningen räknas som mycket överviktiga och har ett viktindex över 30 kg/m². En orsak till fetman är ett mera stillasittande liv med för lite

fysisk belastning, samt den större mängden socker som intas numera. Alla dessa faktorer bidrar till en ökad risk att drabbas av en eller flera av våra folksjukdomar. (Statens näringsdelegation, 2005, s. 9)

4.2 Näringsrekommendationer i Finland

I Finland följer man de nationella kostrekommendationerna i allmänna rekommendationer då det gäller kost. Finlands näringsrekommendationer bygger på de nordiska näringsrekommendationerna, vilka är utvecklade från vetenskapliga forskningsresultat och inriktar sig till olika åldersgrupper bland befolkningen. Näringsrekommendationerna är inte individuellt anpassade utan är uträknade för friska människor som motionerar regelbundet. (Statens näringsdelegation, 2005, s. 4-6). Även de flesta förbund, som till exempel Diabetesförbundet i Finland baserar sina kostråd på de nationella rekommendationerna. Därför kommer vi i vårt arbete att ta upp de finländska kostrekommendationerna som det allmängiltiga underlaget för kostrekommendationer i Finland.

Med de nationella kostrekommendationerna vill man förbättra finländarnas hälsa och minska på förekomsten av folksjukdomar och folkhälsoproblem, bland annat högt blodtryck, övervikt, diabetes typ 2 och olika hjärt- och kärlsjukdomar. För att man ska nå målet med en bättre folkhälsa krävs det att finländarna får energiintaget och förbrukningen i balans, att man äter en mångsidig kost för att få tillräckligt med näringsämnen, att fiberprodukter konsumeras mera och raffinerat socker äts mer sällan. Det mjuka och omättade fett borde till större del ersätta det hårda och mättade fett, intaget av salt borde ännu minskas och alkoholkonsumtionen borde hållas på en måttlig nivå. (Statens näringsdelegation, 2005, s.7-8)

För att behålla sin egen normalvikt och undvika att drabbas av ohälsa på grund av sin vikt krävs det att man äter så att energiintaget och energiförbrukningen är i balans. Det betyder enkelt sagt att man äter så mycket som man förbrukar. Energi behövs för människans basalmetabolism, till vilken 60-80 % av energiintaget går åt. Cirka 10 % av energiintaget går åt till värmealstringen och 15-20 % behövs för fysisk aktivitet. Behovet varierar lite från person till person beroende på ens livsstil. Både för stort och för litet energiintag kan påverka hälsan negativt. Det finns även rekommendationer på hur man ska dela in energiintaget mellan fetter, proteiner och kolhydrater. Fettintaget borde utgöra ungefär 25-

30 % av det totala energiintaget, och då ska man även tänka på att välja rätt sorts fett. Kolhydratens andel av energiintaget borde vara kring 50-60 %, men man ska då hellre välja kostfiber framom raffinerat socker. Intaget av proteiner borde ligga omkring 10-20 % av det totala energiintaget. Näringsämnen som det är viktigt att få med i en nyttig kost är bland annat vitaminer, kalcium, natrium och järn. Oftast behöver man inga kosttillskott utan de flesta får de näringsämnen som kroppen behöver enbart genom en mångsidig kost. Undantag är personer som på grund av någon anledning inte får tillräckligt med näring genom kosten, eller som inte har möjlighet att äta allt som behövs för ett mångsidigt näringsintag. (Statens näringsdelegation, 2005, s. 10-18, 20, 22)

Tallriksmodellen och matpyramiden förespråkas att följa om man vill ha sunda kostvanor. Exempel på mat som man kan fylla sin tallrik med enligt rekommendationerna är grönsaker, frukt, fullkornsprodukter, fettsnåla mjölkprodukter, fisk, magert kött och ägg. Som måltidsdrycker till maten kan man välja mellan vatten, fettsnål mjölk och surmjölk. Vuxna borde dricka ungefär en liter extra per dag utöver den vätska som kommer från maten. En skiva fullkornsbröd kan man komplettera måltiden med, likaså en frukt till efterrätt. Frukt och grönsaker bör man äta minst 400 gram per dag av, men gärna mer. Mat som innehåller mycket socker eller hårt fett ska man undvika och endast äta sällan. (Statens näringsdelegation, 2005, s. 35-39, 40-41)

Det är betydelsefullt för hälsan att tänka på sin måltidsrytm. Med det menas att man äter på regelbundna tider varje dag, så att tiden mellan målen blir jämt fördelade under dagen. Man kan inom familjen försöka hålla en regelbunden måltidsrytm, för då lär sig barnen redan från början och har lättare att hålla det som en vana senare i livet. Har man en regelbunden måltidsrytm kan man lättare undvika karies och även onödigt småätande som kan göra att man går upp i vikt. (Statens näringsdelegation, 2005, s. 39)

4.3 Förebygga folksjukdomar genom kostval

Bra matvanor främjar hälsan och förebygger övervikt. Risken för att insjukna i någon av folksjukdomarna diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i stöd- och rörelseorgan samt en del cancerformer ökar om man är överviktig. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2012). För att undvika att drabbas av någon av folksjukdomarna är det viktigt att man håller sin vikt på en rimlig nivå. Om man är överviktig minskar man den ökade risken för folksjukdomar bland annat genom att gå ner i vikt. Enligt Gunnar

Johansson i boken *Hälsa och livsstil – forskning & praktiska tillämpningar* (Hallberg (red), 2010, s. 79-80) har nya studier kommit fram till att det inte är typen av mat som gör att man går ner i vikt, utan det handlar om att äta lite mindre än vad man förbrukar. De flesta råd för vikttnedgång handlar om att man minskar sitt sockerintag och undviker mättade fetter. Tallriksmodellen förespråkas, men man kan anpassa den till sin egen livsstil. Är man fysiskt aktiv och idrottar mycket kan man äta mer kolhydrater än någon som inte rör på sig så mycket och kanske är överviktig. Är man överviktig kan man lägga upp maten så att halva tallriken består av grönsaker, en fjärdedel av protein och en fjärdedel spannmål. Till det bör man även motionera mera för att få önskat resultat. (Hallberg (red), 2010, s. 79-80). Då man planerar sina hälsosamma kostvanor är det viktigt att man ser till helheten. Till vardags ska man tänka på att man äter regelbundet och väljer mycket grönsaker, minskar saltet och använder bra fetter i matlagningen. Äter man nyttigt under vardagarna kan man unna sig onyttigare mat vid speciella tillfällen. (Finlands hjärtförbund rf, u.å.).

Risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar är förhöjd bland annat om man har högt kolesterolvärde, högt blodtryck, diabetes, är rökare och rör på sig för lite. Det finns en del saker man kan ändra på i fråga om kost. Kolesterol rekommenderas det att man får i sig högst 300 mg per dygn. Man ska även lägga till mera kostfiber i sitt näringsintag genom att äta fullkornsprodukter, frukt, grönsaker och bär. För att sänka sitt blodtryck är det nödvändigt att äta en saltsnål kost och inte dricka mer än två portioner alkohol per dag. (Kesäniemi & Salomaa, 2009). En del produkter är märkta med hjärtmärket. Märket visar på ett nyttigare val inom sin produktgrupp i fråga om fettmängd och fettkvalitet samt mängden salt i produkten. En del matställen har även infört hjärtmärkta måltidsalternativ där mängden salt och fett är enligt näringsrekommendationerna. (Finlands hjärtförbund rf, u.å.).

Att man insjuknar i diabetes typ 2 beror i många fall på vilken livsstil man har. Trots att man har ärftlig benägenhet att insjukna kan man själv ofta påverka detta genom att ha en hälsosam livsstil. (Diabetesförbundet, 2008, s. 22). Det är av största vikt att förändra sina levnadsvanor om man tillhör riskgruppen för diabetes typ 2. Förutom att motionera minst 30 minuter per dag, minska på eller sluta med tobaksrökning och minska sin kroppsvikt med 5 % bör man även se över sina kostvanor. Det mättade fettets andel av energiintaget borde ligga under 10 % och fibermängden man äter borde ligga kring 20g/1000 kcal. Att använda mjuka fetter framom hårda fetter samt att äta rikligt med fiber hjälper en att hålla en bra vikt och på så sätt minskas risken för diabetes typ 2. (Nikkanen, 2012). Man bör

även äta rikligt av grönsaker, frukt och bär samt välja matvaror med lågt GI (Diabetesförbundet, 2008, s. 22).

4.4 Dieter

Enligt Antti Aro (2008), är lokal mat bäst och den ger goda möjligheter till en njutbar och hälsosam kost. Människan har utvecklat användningen av varierande livsmedel och utformat en kost med olika energi- och näringskällor. Ett livsmedel består av ett antal näringsämnen och en kombination av flera livsmedel ger en varierad och mera färgglad rätt. Att sträva efter enskilda livsmedel eller näringsämnen är enligt Aro onaturligt och kan i värsta fall leda till brister och ensidighet inom kosten.

Det finns många kommersiella, mirakulösa dieter, som oftast bär namn efter dietens utvecklare. De flesta begränsar användningen av matvaror till endast en kategori av livsmedel eller näringsämnen samtidigt som man bör undvika vissa livsmedelsgrupper eller näringskällor. Dessa dieter syns ofta i samband med viktminskningsprogram ute på marknaden. Det är en tid sedan bröd och potatis började anses vara orsaken till viktökning. Nutida trender fokuserar sig på att undvika kolhydrater och istället inta energi från fett- och proteinkällor. (Aro, 2008).

I boken *Näring och hälsa* skriven av Ulla Johansson (2007, s. 262-263), beskrivs bantningsdieter som de metoder man tar till för att minska övervikt och risk för sjukdomar förknippade med just övervikt. Dieterna skall vara enkla att följa samtidigt som de ger en snabb och ihållande viktreduktion. Såsom Antti Aro (2008) betonar, tar Johansson även upp att trenderna inom bantningsdieter har ändrat under tidens gång. Ibland är det fetter som påstås ha göra oss överviktiga, medan det efter en tid är kolhydraterna som är orsaken till varför människor blir feta. Sällan har det kommit fram att proteinkällor skall undvikas, oftast tvärtom. (Johansson, 2007, s. 262-263)

Trots att annonser om bantningsmetoder lovar en märkbar viktnedgång, visar många studier att en viktminskning kan vara svår att nå med hjälp av bantningsdieter, oberoende av näringssammansättning. Största delen av dieterna leder till måttlig viktnedgång men är på längre sikt svår att följa. För att nå ett långsiktigt resultat krävs livsstilsförändringar samt en jämn energibalans, d.v.s. balansen mellan det energiintag man har och den energimängd som förstörs genom fysisk aktivitet. För att nå en lyckad viktminskning har

det visat sig att man bland annat skall hålla en fettreducerad kost och dagligen inta frukost för att se positiva effekter. Man bör även följa med sin egen vikt genom vägning och genom att föra anteckningar över sitt matintag, samtidigt som man regelbundet ska röra på sig aktivt för att resultat inom viktnedgång skall nås. För att lyckas med en viktnedgång som gör att man går ner till en vikt som man också klarar av att hålla bör man alltså inrikta sig på att förbättra kosten genom att bl.a. minska konsumtionen av fett- och sockerrika livsmedel, öka intaget av grönsaker, frukt och spannmålsprodukter samtidigt som man ser till att regelbundet motionera. (Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson, 2006, s. 389-390)

4.4.1 GI-metoden

GI, glykemiskt index, togs till en början fram som en hjälpmetod för diabetiker. Det är viktigt för de diabetesinsjuknade att deras blodsockernivå är jämn och under kontroll. Stora svängningar i blodsockernivån försämrar insulinets funktion och gör även insulindoseringen svårare för typ 1-diabetiker. Glykemiskt index har att göra med hur snabbt blodsockret höjs av en viss mängd kolhydrater. Undersökningar har gjorts genom att man intagit 50 gram av ett kolhydratinnehållande livsmedel för att sedan mäta och jämföra blodsockerstigningen med andra livsmedel. Det finns inga direkta regler för vad som räknas som snabba och långsamma kolhydrater, men experter anser att de livsmedel med ett GI över 90, med vitt bröd som referens, samt 65, här med glukos som referens, är snabba kolhydrater. De snabba kolhydraterna, som ger en snabb blodsockerhöjning, bör man inta med försiktighet, ifall man inte är en person som idrottar och motionerar mycket.

GI-metoden är ett viktigt redskap när man vill må bra och samtidigt gå ned i vikt. Metoden hjälper dig att välja livsmedel som hör till de som har längre nedbrytningsförmåga och på så sätt ger en jämnare blodsockerkurva. I och med en jämnare nivå på blodsockret, behöver kroppen inte heller producera höga halter insulin. Höga insulinhalter anses vara fettbildande och påverkar en viktnedgång negativt. (Johansson, 2007, s. 264). Indexet berättar t.ex. om vilket ris eller bröd du kan välja för att förebygga en jämnare blodsockernivå. När det kommer till viktnedgång kan det löna sig att dra ned på kolhydratmängden för varje måltid. Som regel kan följas att maximal mängd av kolhydratrika livsmedel, utgör en tredjedel av tallriken.

Ett vanligt misstag som sker i samband med att människor ansluter sig till denna metod, är att de väljer bort alla livsmedel med ett högt GI och endast intar de med ett lägre värde. GI beskriver alltså hur snabbt ens blodsocker höjs av en kolhydratmängd på 50 gram. För att ge ett exempel kan nämnas palsternacka. Palsternackan har ett högt GI utan att vara någon opassande råvara att använda sig av i denna metod. Detta eftersom man bör äta stora mängder av den innan man är uppe i 50 gram kolhydrater. Således behöver heller inte livsmedel med ett lågt GI vara nyttiga att inta. Det kan handla om smör och grädde, vilka man inte bör inta i stora mängder, trots att de har ett lågt eller obefintligt kolhydratinnehåll.

Glykemiskt index skall användas på kolhydratrik föda såsom potatis, pasta, bröd, ris, frukostflingor, bönor, ärtor, linser och couscous. Metoden skall tillämpas enligt din livsstil och dina målsättningar. (Brunnberg, 2006, s. 133-135).

4.4.2 Lågkolhydratdieter

Hypokaloridieter, det vill säga dieter med ett drastiskt reducerat intag av kolhydrater och med förbud mot vissa sorters livsmedel, med syfte att snabbt gå ner i vikt, har blivit väldigt populära. Amigo och Fernandez (2007) beskriver att den ökande obesiteten i västvärlden bland annat orsakas av en rik tillgång av kaloririka livsmedel. (Amigo & Fernández, 2007).

Low carbohydrate/ high fat, LCHF, d.v.s. en kost med lågt intag av kolhydrater och istället ett högt intag av fetter är en så kallad högfettskost. Det har påståtts vara en kost som gör att kroppen frisätter mindre insulin och därmed inverkar positivt på hunger, mättnad, aptitreglering samt på sjukdomar orsakade av fetma, t.ex. typ 2-diabetes. Det är dock viktigt att på längre sikt ha sett positiva resultat av högfettsdieten, att den inte medför skadliga effekter. I Medikons medicinska uppslagsverk om kost och motion (Alfelt (red.), Rössner & Larsson, 2009, s.153-154), nämns att man i tusentals rapporter kommit fram till att en fettrik kost leder till en ökad fettinlagring i blodådrorna i olika delar av kroppens kärlsystem. Dessa effekter har påvisats först flera år efter att personerna har slutat med dieten och då blivit ett senkommet problem.

Atkins diet innebär att man undviker kolhydrater eller intar en så låg kolhydratnivå som möjligt, vilket gör att kroppen börjar bilda så kallade ketonkroppar (t.ex. aceton) från fett. Detta tillstånd kallas ketos och det anses underlätta en viktminskning. Istället för kolhydratintag har man istället lov att äta obegränsade mängder av kött, fisk, nötter, ost,

olja, smör och grädde. Enligt Abrahamsson m.fl. (2006, s. 390) har det visats ur studier att det dock är det totala energiintaget som påverkar viktminskning, inte enbart kostens kolhydratinnehåll. En långtidsanvändning av Atkins diet kan eventuellt innebära näringsmässiga risker, såsom ett lågt intag av kostfiber, antioxidanter, kalium och folat samtidigt som intaget av mättade fetter är för högt (Johansson, 2007, s. 264).

4.5 Hälsovårdarens arbete

En hälsovårdare arbetar inom omvårdnadsbranschen, med inriktning på hälsofrämjande arbete och folkhälsoarbete i olika åldersgrupper. Hälsovårdaren är sakkunnig på sitt område och arbetar utifrån nationella rekommendationer och aktuella manualer. En viktig punkt i hälsovårdarens arbetsuppgifter är att få befolkningen aktiverad i upprätthållande och främjande åtgärder för en bättre hälsa. Viktigt är även att få en ökad jämställdhet av hälsa och minska sociala ojämlikheter. (Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus ry, 2013).

I hälsovårdarens arbete där man planerar, genomför, utvärderar och utvecklar hälsoåtgärder, tar hälsovårdaren i beaktning befolkningens hälsa och välbefinnande faktorer. Dessutom beaktar hälsovårdaren de faktorer som påverkar den mänskliga miljön, levnadsförhållanden och trivsel. Hälsovårdarens arbete innebär förebyggande av hälsorisker och sjukdomar, tidig upptäckt och behandling av sjukdom, hälsofrämjande åtgärder samt att planera och utveckla en hälsosam miljö. (Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus ry, 2013).

Hälsovårdaren arbetar med enskilda individer, familjer, samhällen och andra samfund för att främja och upprätthålla hälsa samt ge sjukdomsförebyggande vård, för att stärka klienternas resurser och egenvård. Hälsovårdararbetets vetenskapliga och teoretiska grund är vårdvetenskap och hälsorelaterade vetenskaper från andra vetenskapsområden. Arbetet kräver en evidensbaserad kunskap och hälsovårdaren ansvarar över att arbetsåtgärderna grundar sig på ny forskning. Hälsovårdarens verksamhet styrs av hälsovårdararbetets värderingar och etiska principer samt den aktuella lagstiftningen inom social- och hälsovård och de nationella hälsopolitiska riktlinjerna. (Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus ry, 2013).

Som hälsovårdare arbetar man nära människor; i hemmet, i familjeplanering, mödra- och barnrådgivning, skolhälsovården, arbets- och studerandehälsovård, rådgivning för vuxna

och äldre, hemsjukvård samt hälso- och sjukvårdsmottagningar. Hälsovårdaren arbetar även med missbrukarproblem och behandlar den psykiska hälsan. Av en hälsovårdare krävs personligheter såsom samarbetsförmåga samt sociala och kommunikativa kompetenser. (Suomen Terveystenhoitajaliitto ry, 2013).

I finländsk lagstiftning ingår *Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården* (559/1994), vilken har som syfte att stärka patientsäkerheten och kvaliteten inom hälso- och sjukvården genom att man säkrar att de personer som arbetar inom denna bransch har en sådan utbildning och tillräcklig yrkeskompetens som förutsätts för dess uppgifter. Personen bör enligt lagen vara legitimerad yrkesutbildad eller ha fått beviljat tillstånd att utöva yrket. (559/1994, § 1-2). Hälsovårdarens yrkestitel får endast användas och utövas av en examinerad hälsovårdare. Hälsovårdens verksamhet övervakas av statliga administrativa myndigheter samt social- och hälsovårdens tillstånds- och tillsynsverk Valvira. (Suomen Terveystenhoitajaliitto ry, 2013).

Utbildningen till hälsovårdare grundar sig på en yrkeshögskoleexamen på 240 studiepoäng, d.v.s. en studietid på fyra år. Studierna byggs upp av grundstudier, yrkesstudier, valbara studier, praktik som består av 85 studiepoäng samt lärdomsprov. Hälsovårdarexamen baserar sig på sjukskötarexamen, vilken har en 180 studiepoängs utbildning och som nyutexaminerad registreras man både som sjukskötare och hälsovårdare. (Yrkeshögskolan Novia, 2013).

4.6 Hälso- och sjukvårdsgivning åt vuxna i Finland

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande rådgivning skall ordnas av kommunerna. Det är kommunens uppgift att se till att de hälsoundersökningar som är nödvändiga för att granska och stödja hälsa och välfärd bland kommuninvånarna ordnas och genomförs. De personer som inte platsar i studerande- eller företagshälsovården skall även ha möjlighet till hälsoundersökningar och hälso- och sjukvårdsgivningar. Hälsoundersökningar och hälso- och sjukvårdsgivningen skall tillsammans med kommunens övriga service bilda en ändamålsenlig helhet. (Hälso- och sjukvårdslag 2010/1326, § 13).

Vuxna människor kan ha tillgång till hälsovård bl.a. genom studerandehälsovård eller företagshälsovården. Företagshälsovård definieras enligt finländsk lagstiftning (*Lag om företagshälsovård* 2001/1383), som den verksamhet som drivs av professionell och

yrkesutbildad personal inom företagshälsovård, vilka har som uppgift att främja förebyggande av sjukdom och olycksfall i koppling till eller som följd av arbetet. En företagshälsovårdare skall även utreda, följa med och utvärdera en arbetstagares hälsa samt ge råd och vägledning i frågor som berör personens hälsa. Företagshälsovården ordnas av arbetsgivaren.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326, § 17) skall studeranden vid gymnasier, andra stadiets yrkesutbildningsanstalter, högskolor och universitet ha tillgång till studerandehälsovård på den egna studieorten. Kommunen skall stå för dessa tjänster och även likaså den hälso- och sjukvård som kan behövas under tiden som den studerande utför arbetspraktik. Studerandehälsovårdens uppgifter är att främja välbefinnandet hos de studerande på läroanstalten, utföra periodiska hälsogranskningar för de studerande samt däremellan erbjuda hälsorådgivning enligt individuella önskemål och behov.

Social- och hälsovårdsministeriet (2007) har gjort upp *Kvalitetsrekommendationer för främjande av hälsa* där de tar upp olika ämnesområden som berör hälsofrämjande. I detta sammanhang nämns de rekommenderade åtgärderna som riktar sig till vuxna människor, d.v.s. studerande samt de arbetsföra invånarna. Enligt dessa nationella kvalitetsrekommendationer bör kommunerna bl.a. hitta en lösning på skolornas utbud av mellanmål för att göra dem mera hälsosam. Man uppmanar även till informering om hälsosamma matvanor åt de som befinner sig på uppbådstillfällen runt om i landet. Inom arbetshälsovården skall klienterna handledas i frågor som berör närings- och motionsvanor samt komma på besök för regelbundna viktkontroller. För alla yrkesverksamma skall det ordnas med möjligheter till en måltid, samt vid behov även mellanmål, på arbetsplatsen som uppfyller kvalitativa krav. Detta gäller även för de som har ett rörligt och oregelbundet arbete. Kommuninvånarna i överlag skall få ökad upplysning om hälsosamma kostvanor genom lokala tidningar och Internet. Den personal som arbetar inom hälsovårdsbranschen skall, mera än för närvarande, rikta sin arbetsinsats till näringsfrämjande rådgivnings- och planeringsarbete. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2007, s. 45-46).

4.7 Hälsorådgivande samtal

För att främja hälsa är hälsoupplysningar en metod som ofta leder till goda resultat. Denna typ av rådgivning borde vara en automatisk och naturlig del av all sjukvårdsarbete. Att

påverka en annans individs livsstil kräver ett tvärvetenskapligt kunnande och ett brett utbud av metoder, eftersom det handlar om en attitydförändring och lärande. Hälsofrämjande arbete bör grunda sig på en ömsesidig relation mellan vårdare och patient. Upplysningar om hälsa kan också ses som ett hjälpmedel för att öka patientens möjligheter till välbefinnande och god livslust. (Bergstrand, 2004, s. 31; Eloranta, Huomo, Virkki & Frilander-Paavilainen, 2007, s. 20-21).

Bergstrand (2004, s. 61) tar i sin bok om hälsorådgivande samtal upp olika studieresultat som kommit fram när man forskat kring detta ämne. Vilka resultat som fås utifrån hälsorådgivande samtal påverkas av vilka slags hälsoproblem det handlar om samt de föreställningar som hälso- och sjukvårdspersonalen har inför och vilken förståelse de har om hälsoproblemen. Framgångarna har visats ha en påverkan av vem som tar upp initiativet till hälsoråden – klienten eller den sakkunnige. Det är även av betydelse ifall hälsoråden anses vara känsliga eller inte och ifall de förmedlas ut av vårdaren på ett indirekt eller direkt sätt. Personalen bör agera vänligt, respektfullt och med en professionell försiktighet, för att inte orsaka några komplikationer för eventuella framtida möten.

Bergstrand (2004, s. 74-76, 91) nämner att man kommit fram till att i denna skandinaviska kultur, där man försöker uppnå jämlikhet, föredrar att ge information istället för att ge direkta råd och att vara uppmuntrande istället för att kritisera de icke-önskade beteendena. För att undvika att inkräkta på klientens integritet använder sig ofta vårdaren av begreppet "kan" istället för "skall" samt brukande av "man" istället för "du". I och med detta ger man individen möjlighet att själv ta ansvar och inse de nödvändiga hälsorelaterade besluten. När hälsovårdaren behandlar kostrådgivning ombeds patienten att berätta om sina kostvanor. Hälsovårdaren följer med och utreder det som klienten berättar med hjälp av att ställa specifika frågor tillbaka. Ifall ett problem identifieras ställer hälsovårdaren vidare frågor kring detta. En kostberättelse kan även på förhand ha uppgjorts av klienten och hälsovårdaren urskiljer då problem därför. Vårdaren skaffar sig en bild av klientens beteenden och vanor genom att klienten själv får berätta, utan att själv genast kommentera och ta upp vad som är det föreliggande problemet. Likaså betonar Gunnar Johansson (2010, s. 3278), att sjukvårdspersonalens uppgift att snabbt ställa frågor, diagnostisera och ge ut de bästa råden, inte passar in i livsstilsrådgivningar där det skall vara möjligt för klienten att ta besluten kring sin hälsa. De lönar sig inte att ge ut evidensbaserad kunskap åt en person som inte vill ta emot information, utan personen bör istället få berätta själv vad som upplevs vara problemet.

Hälsovårdaren skall uppmuntra och stöda klienten indirekt i hälsofrågor genom att aktivt lyssna till klienten, bejaka, lyfta fram och sammanfatta det som hon anser är positivt i klientens sätt att handla kring kost och motion. När det konstateras eventuella problem, skall vårdaren styrka och verka uppmuntrande med det som går i samma riktning som målsättningarna. Denna sorts rådgivning bör användas speciellt i samband med viktgranskningar och andra provtagningar. Klienten bör få livsstilsrådgivning med hänsyn till den situation klienten är i, vilka behov som finns och hur stor vilja som förekommer för att arbeta för förändring. Hälsovårdaren bör se möjligheterna i det som redan existerar och anpassa kost, fysisk aktivitet och t.ex. stresshantering utifrån var klienten bor, hur arbetssituationen ser ut och så vidare. Rådgivning är en ömsesidig diskussion och enligt Eloranta m.fl. (2007), ligger ansvaret för framsteg och framgång inom livsstilsförändring hos både vårdaren och klienten. (Bergstrand, 2004, s. 92, 97-98; Eloranta m.fl., 2007, s. 22).

Hälsovårdaren använder sig i hälsorådgivning av olika motiverande argument på det vis att hon kan börja mötet med att kontrollera ifall klienten använt sig av hennes tidigare råd eller att hon aktiverar klienten genom att ställa frågor om vad denne anser skulle främja hälsan. Argumenteringen kan även ske genom att man jämför tidigare matvanor med de positiva förändringar eller en jämförelse mellan klientens kostvanor med dem som rekommenderas utifrån hälsoupplýsningarna. De motiverande argumenten kan också bytas till övertalning, ifall klienten inte verkar intresseras av hälsoupplýsningen, försvarar sina egna livsstilsvanor och således motsätter sig de råd som ges. Det sker på så vis att hälsovårdaren driver rådgivningen på ett mera kraftfullt sätt och med mera tålamod än annars. (Bergstrand, 2004, s. 101-102)

När det kommer till kostrådgivning kan man läsa Johanssons (2010) artikel *Kostråd i vården – en väg kantad av motgångar och möjligheter* om att kostråd inte alltid är det enklaste att förmedla ut till klienter. Enligt Johansson är det rätt vanligt att dietister, kostrådgivare och läkare samt sjukskötare anser att det är svårt att ge ut råd om kost. Kostrådgivning handlar inte bara om att ge sakliga evidensbaserade upplýsningar utan det är, förutom information om näringslära, även inblandat olika känslöstämningar förknippade med mat och olika händelser, tröst och belöning samt socialt tryck. Det kan t.ex. vara svårt för en kostrådgivare att arbeta för nyttiga kostval utan att anses vara en glädjedödare som vill plocka bort klienternas glädjeämnen i livet, såsom god mat och dryck. Trots att det är helt möjligt med en nyttig och god kost, bör man förstå att vissa klienter kan bli aggressiva och känna sig hotade med att man vill ändra deras kosthållning.

Kostrådgivning behandlar alltså fler områden än vad en kostrådgivare kanske behärskar. Den som ger ut kostföreskrifter skulle enligt Johansson (2010) behöva kompetens inom ett flertal yrkesområden. Näringslära, psykologi, kunskaper inom empati och sociologi för att nämna några. Att ändra på matvanor och livsstil är för klienten en långsiktig beteendeförändring. Det är viktigt för personal inom kostrådgivning att förstå hur människor tar beslut om sin egen hälsa och vad det är som styr de hälsosamma beteendena, för att kunna utarbeta hälsofrämjande insatser med positiv effekt. Kostrådgivare bör förbereda sig mentalt på olika försvarsreaktioner, t.ex. att klienten påstår att bra mat är för dyr eller att det finns för lite tid till matlagning. Det behöver inte alltid vara i de reaktionerna som själva problemet sitter. Att ha ett dåligt matintag kan även grunda sig i att personen inte mår bra, psykiskt sett. Kostrådgivaren skall därför kunna genomföra diskussioner om livet i allmänhet än om bara maten. Ifall problemet inte handlar om mat, kan det inte lösas med bättre matvanor. (Johansson, 2010).

5 Tidigare forskning

Artiklarna till kapitlet Tidigare forskning söktes i databaserna Cinahl, Academic Search Elite och SweMed. Manuell sökning gjordes i årgångarna 2009-2013 av tidningen Vård i Norden. Sökorden som användes var kost, diet, kostrådgivning, viktnedgång, hälsovård, diets, weight loss, health, lifestyle change, counseling, övervikt, obesity, motivation och livsstil. Sökorden har kombinerats på olika sätt för att hitta rätt sorts artiklar. Sökningarna har begränsats så att artiklarna inte var äldre än fem år, förutom enstaka undantag som trots att de var äldre kändes aktuella för vår studie. Den äldsta artikeln som använts var från år 2000 och den nyaste från 2013. Sökningarna har endast varit bland vetenskapligt granskade artiklar som finns tillgängliga i fulltext på Internet. Efter att vi samlat ihop 31 artiklar valde vi ut 14 användbara artiklar till vårt arbete. I slutet av detta kapitel kommer vi att sammanfatta de artiklar vi har för att åskådliggöra resultaten och hur forskningarnas resultat skiljer sig från varandra.

5.1 Kost och sjukdom

Fung m.fl. (2010) har undersökt om det finns samband mellan lågkolhydratdieter och dödlighet. I två stora kohortstudier följde de upp män och kvinnor som åt enligt någon lågkolhydratdiet. Mellan åren 1980 och 2006 följde man upp 85 168 kvinnor genom att skicka ut frågeformulär om matvanor och diet till dem. Under åren 1986 till 2006 skickade man ut frågeformulär till 44 548 män. Man fokuserade på två olika former av lågkolhydratdieter, en baserad på köttprodukter och en baserad på grönsaker. Resultatet de kom fram till var att en lågkolhydratdiet överlag kan ha ett samband med ökad dödlighet. Det visade sig att lågkolhydratdiet baserad på animaliska produkter allmänt höjde dödligheten och ökade risken att dö i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer i både den kvinnliga och manliga gruppen. Däremot en lågkolhydratdiet baserad på vegetabilier visade sig ha ett samband med lägre dödlighet och minskad risk att insjukna och dö i hjärt- och kärlsjukdomar.

Koning m.fl (2011) har gjort en studie om samband mellan lågkolhydratdieter och risken att insjukna i diabetes typ 2. Undersökningen begränsades till tre olika typer av lågkolhydratdieter: lågkolhydratdiet med högt totalintag av protein och fett, lågkolhydratdiet med högt intag av animaliska proteiner och fetter samt lågkolhydratintag med högt intag av vegetariska proteiner och fetter. I en kohortstudie följde man med 51 529 män i åldern 40-75 år. Från år 1986 skickade man ut frågeformulär om hälsotillstånd och livsstil med två års mellanrum till deltagarna. Datainsamlingen avslutades i januari 2006. Det resultat som man fick fram av studien var att det finns vissa samband mellan en del lågkolhydratdieter och risken att insjukna i diabetes typ 2. Lågkolhydratdieten med högt intag av animaliskt fett och protein hade ett samband med risken att insjukna i diabetes typ 2. Sambandet tros bero på ett högt intag av rött och processat kött. Däremot en lågkolhydratdiet baserad på ett högt intag av vegetabiliskt fett och protein hade inget klart samband med insjuknande i sjukdomen. Därför kunde man utgående från resultatet av forskningen rekommendera att protein och fettintaget kunde basera sig mera på vegetabiliska källor än på animaliska.

I en finsk studie om förebyggande av diabetes typ 2 (Uusitupa m.fl., 2000) var syftet att analysera effekten av ett intensivt diet- och motionsprogram med målet att förebygga diabetes. Med studien ville man även utvärdera programmets effekt på riskfaktorer för ateroskleros och incidensen för hjärt-och kärlsjukdomar. 523 frivilliga deltagare med IGT (nedsatt glukostolerans) delades in i en testgrupp och en kontrollgrupp. Testgruppen fick

upprepade gånger kostråd samt individuell hjälp med att öka sin fysiska aktivitet. Deltagarna hade som mål att sänka sina BMI-värden till under 25 kg/m² och minska sin vikt med 5-10 kg. Kontrollgruppen fick generell information om hälsosam kost och hur viktigt det är att motionera och reducera sin vikt för att förebygga diabetes typ 2. Resultaten efter ett år visade att testgruppen gått ner mer i vikt än kontrollgruppen. Testgruppen hade även bättre glukostolerans och även blodtrycket och triglyceridvärdet var bättre än i kontrollgruppen. I testgruppen hade 41,8 % av deltagarna nått målet med att reducera sin vikt med minst 5 kilo, i kontrollgruppen hade 12 % nått samma resultat. Med denna studie ville man visa att sådana här program är effektiva att använda då man vill förebygga bland annat diabetes typ 2.

Lagiou m.fl. (2012) har gjort en prospektiv kohortstudie om samband mellan hjärt- och kärlsjukdomar och dieter med lågkolhydrathalt samt hög proteinhalt. Studien genomfördes i Sverige åren 1991-1992. Slumpvist utvalda kvinnor i åldern 30-49 år svarade på ett frågeformulär om sin kosthållning. I genomsnitt följdes kvinnorna upp i 15,7 år. Kvinnorna följdes upp för att se om eller/och när de insjuknar i någon form av hjärt- och kärlsjukdom. Resultat som studien kom fram till var att om man följer en lågkolhydratdiet med högt proteinintag utan restriktioner gällande proteinkällor kan det, statistiskt sett finnas ett samband med ökad risk för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar.

5.2 Kost och viktnedgång

I Arizona har Thomson m.fl. (2010) genomfört en studie om effekten på viktnedgång med lågkolhydratdiet och lågfettdiet hos kvinnor som haft bröstcancer. Kvinnorna som deltog i studien skulle följa antingen en lågkolhydratdiet eller en lågfettdiet under 24 veckor. De fick upprepade gånger rådgivning under dessa veckor. Efter att dieterna hade använts i 24 veckor kom man fram till att de båda var lika effektiva vad gäller viktnedgång. Artikelns författare påstår att man kan gå ner i vikt oberoende av vilka näringsämnen som kosten är uppbyggd av. Det man istället bör fokusera på är att energiintaget är på rätt nivå. I studien kom man även fram till att rådgivningen de medverkande fick hade stor inverkan på viktnedgången. Därför rekommenderar författarna, utgående från studiens resultat, att man riktar uppmärksamheten på rådgivning med fokus på viktnedgång bland överviktiga som överlevt bröstcancer mer än på speciella dieter.

Dyson (2008) har analyserat artiklar om lågkolhydratdiet och viktnedgång hos personer med diabetes typ 2. Genom att använda sökorden low carbohydrate, type 2 diabetes och weight loss har han funnit artiklar som berör ämnet och sammanställt dem i en översiktsartikel. Alla studier redogör för viktnedgång och lägre värden av glykoliserat hemoglobin hos diabetikerna med lågkolhydratdiet. Det verkade heller inte uppkomma några skadliga effekter i fråga om njurarnas funktion, tillräckligt näringsintag eller risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Slutsatserna av studien begränsas av studiedesignen och antalet forskningar som användes. Men studien tyder på att dieter med reducerat intag av kolhydrater är säkra att använda av personer med typ 2 diabetes, åtminstone på kort sikt.

Syftet med Fosters m.fl. (2010) forskning var att utvärdera effekterna av en tvåårig behandling med antingen en lågkolhydratdiet eller en lågfettdiet. De medverkande deltog även i ett livsstilsförändringsprogram. En grupp på 307 amerikanska deltagare med medelåldern 45, 5 år och med ett BMI-värde som i medeltal låg på 36,1 kg/m² deltog i studien. De som följde lågkolhydratdieten följde riktlinjerna i boken *Dr. Atkins's New Diet Revolution* och hade som huvudsakligt mål att begränsa kolhydratintaget men protein- och fettintaget hade inga begränsningar. Gruppen som följde lågfettdieten skulle minska sitt energiintag till 1200-1500 kcal per dag för kvinnor och 1500-1800 kcal per dag för män, men med mest fokus på att reducera fettintaget. Efter två år hade båda grupperna minskat sin kroppsvikt med 7 %. Lågkolhydratdieten hade en positiv inverkan på risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar då man följt dieten två år. Slutsatserna som man drog av studien var att det går att gå ner i vikt med både en lågkolhydratdiet och en lågfettdiet om man kombinerar det med beteendeterapi.

I en studie gjord av Meckling, O'sullivan och Saari (2004), har man jämfört viktnedgångseffekterna av lågfettdieter och lågkolhydratdieter. Till studien samlades via media, med planscher och inlägg i nyhetstidningar, ihop fyrtio överviktiga men annars friska deltagare. Deltagarna var trettio kvinnor och tio män i åldern 24-61 år. Kriterierna för deltagarna var bl.a. ett BMI-värde över 25 samt en potentiell viktnedgång på nio kilogram eller mer under tio veckor, utan att bli underviktiga (BMI <20). Deltagarna i denna studie blev utvalda att under tio veckor endera äta en lågkolhydrat- eller lågfettdiet. Studiedeltagarna fick uppföljningsdagböcker, receptidéer och information om hur de skall följa sin nya diet. Varje vecka träffades deltagarna med en projektledare för viktkontroller och dietrådgivning. Resultatet av studien gav ett minskat BMI-värde med ungefär två enheter i båda undersökningsgrupperna. Den totala kroppsvikten minskade på dessa tio veckor med 6,8 kg i testgruppen med lågfettdiet och för gruppen med lågkolhydratdiet

sjönk vikten med 7,0 kg. Deltagarnas fetthalt reducerades i de båda grupperna medan en betydande minskning av muskelmassa endast kunde observeras i lågkolhydratdietgruppen. Innan studien drogs igång hade grupperna liknande värden av PAI-1, som visar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, och efter de 10 veckorna kunde man urskilja förbättringar på detta värde för båda grupperna. Kolesterolvärdet var från början det samma för de båda testgrupperna och även här syntes förbättringar. Lågfettdieten hade bidragit till en minskad total kolesterolhalt, både LDL och HDL kolesterol, medan lågkolhydratdieten endast påvisade en minskning av HDL kolesterol.

Mjölk- och mejeriprodukter är traditionella komponenter i det skandinaviska köket, men en speciellt fettrik diet har under en lång tid inte accepterats i kostrekommendationerna. Detta på grund av den höga halten av mättade fetter som tros orsaka hjärt- och kärlsjukdomar. Det här skriver Holmberg och Thelin (2013) om i sin artikel som behandlar en studie om höga fetthalters samband med utveckling av bukfetma. Studien är gjord i Sverige åren 1990-1991 och 2002-2003. Nio svenska kommuner valdes år 1990 ut och studiedeltagarna blev 1782 manliga bönder i åldern 40-60 år. I uppföljningskontrollerna 12 år senare deltog sedan 1589 av dessa män. Man granskade deras livsstilsvanor, kost och fysiska aktivitet genom intervjuer, frågeformulär, fysiska test och laboratorieprov. Studiens resultat visade att 15 % av deltagarna hade under studieperioden utvecklat bukfetma. Ett från början lågt intag av mejeriprodukter och mättade fetter, alltså inget smör, fettfri mjölk och lite användning av vispgrädde, associerades med en högre risk för att utveckla bukfetma. De som från studiens början däremot följt en fettrik kost med smör, mjölk med fett i och vispgrädde kunde till en mindre del förknippas med bukfetma. Resultatet med sambanden mellan mättade fetter och bukfetma stämde överens med deltagarnas BMI-utgångsvärde. I artikeln framkommer att helmjölk och mejeriprodukter är komplexa livsmedel med många viktiga näringsämnen samt potentiella anti-näringsämnen och de exakta mekanismerna som förklarar hälsoeffekterna har inte ännu klargjorts.

5.3 Kostrådgivning

Kuninkaanniemi, Villberg, Vanhala och Poskiparta (2011) har gjort en studie i Finland om interventioners påverkan på beteendeförändring gällande kostval. För datainsamling skickade man ut enkäter om näringsintag, fysisk aktivitet samt alkohol- och tobaksvanor. Enkäterna som skulle fyllas i av patienter skickades ut till nio hälsovårdscentraler i

Finland. Personalen på de enheter dit enkäterna delades ut fick som uppgift att under det året utföra en kort och individuellt anpassad rådgivning med patienterna om ohälsosamma vanor. Av deltagarna fick man även godkännande att använda uppgifter ur patientjournalerna för att få fram vilka faktorer för metabolt syndrom patienterna hade. En uppföljande enkät skickades sedan ut om ett år. På basen av enkätresultaten delades deltagarna in i två grupper; en grupp som varit med om en till tre korta interventioner under året och en grupp som varit med om minst fyra interventioner. Målet med studien var att ta reda på om interventioner påverkade patienternas hälsovanor, och då främst konsumtionen av fisk, fullkorn, frukt och grönsaker och totala hälsoreultat när det gäller faktorer för metabolt syndrom. På basen av data som samlats in har forskarna kommit fram till att de som hade ett BMI-värde över 25 oftare fick längre rådgivning än patienter med normal vikt. Då man jämförde svaren i den första enkäten och uppföljningsenkäten kom man fram till att det inte fanns några betydande förändringar i vanorna, varken positiva eller negativa. Det framkom även att för de personer som fått mera omfattande rådgivning var det tre gånger troligare att de hade en positiv förändring i näringsintaget än de som fått mindre rådgivning. Det var vanligare att man använde korta interventioner i primärvården, men enligt studien var inte de tillräckligt effektiva för att få till en förändring hos patienten.

Sacerdote m.fl. (2006) har gjort en studie med syftet att undersöka hur kostrådgivning påverkar patienters kostvanor. Studien utfördes i Italien där allmänläkare fick som uppgift att genomföra 15 minuter långa, ostrukturerade rådgivningar om förändringar i den dagliga kosten med friska vuxna patienter. Dessa utfördes under 12 månader och totalt 3186 män och kvinnor i åldern 18-65 deltog. Man mätte blodtryck och vikt på alla deltagare och de kom på återbesök två gånger till under året. På besöken fick deltagarna fylla i frågeformulär om kostval och livsstil och under det första besöket hade läkaren en individuell rådgivning om näringsintag med hjälp av en broschyr om kost och hälsa baserad på landets nationella rekommendationer. Undersökningen fokuserade på intag av frukt och grönsaker, fisk, rött kött och olivolja. Gruppen visade ett aningen minskat intag av rött kött och aningen ökat intag av frukt, grönsaker, fisk och olivolja efter ett år. Resultatet man kom fram till med studien var att en kort undervisande rådgivning om kost kan inducera en kostförändring som kan sänka BMI-värdet och eventuellt minska risken för kroniska sjukdomar bland i övrigt friska vuxna.

I artikeln "*Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice*", skriven av Brobeck, Bergh, Odencrants och Hildingh (2011) vill man beskriva hälsovårdares erfarenhet av motiverande samtal i hälsofrämjande arbete. 20 hälsovårdare i Sverige som ofta använde motiverande samtal i sitt arbete intervjuades till denna studie. Det man kom fram till var att motiverande samtal är en användbar metod inom primärvården och i det förebyggande hälsoarbetet, men även att inte vem som helst kan använda sig av metoden utan att först lära sig den och sedan öva på det. Metoden kräver också mera tid än att bara ge patienten de råd som denne kan behöva. Positivt med motiverande samtal som metod i hälsofrämjande arbete är att patienten får en bättre förståelse för sina hälsoproblem och får själv tänka ut hur han eller hon ska göra för att förändra sin livsstil.

I en studie gjord av Walseth, Abildsnes och Schei (2011) ville man belysa relevansen av användningen av Habermas teori i livsstilsrådgivning av allmänläkare utgående från patientens perspektiv. Man ville även få fram vilka ämnen som patienten anser vara viktiga i sådana rådgivningar. 12 patienter intervjuades till studien efter att de varit på en livsstilsrådgivning till sin läkare. I intervjun frågades hur patienten upplevde rådgivningen, hur den påverkade dem och vad de skulle önska av sin läkare på uppföljningsbesöket. Vad man kom fram till var att läkaren ska fungera som en källa för medicinsk kunskap och att läkaren bör sätta värde på att skapa en god kontakt med klienten. Patienten vill också att läkaren fungerar som en informatör som anpassar sin rådgivning individuellt. En bra patient-doktorrelation ska skapa motivation och förpliktelse hos patienten att förändra sin livsstil och rådgivningen ska upplevas som vård. Studiens resultat understryker nödvändigheten av patientcentrerad rådgivning och stöder Habermans teori som praktisk vägledning vid rådgivningen.

I en studie gjord av Thompson m.fl. (2010). ville man undersöka tidigare forskning om motiverande samtal i rådgivning om förbättring av hälsan bland patienter med hjärt- och kärlsjukdomar. Man ville få fram om denna metod är användbar inom området, det vill säga i rådgivning som rör förändringar i livsstil. Exempel på livsstilsförändringar är bland annat att äta hälsosammare, gå ner i vikt och röra på sig mer. Genom att analysera artiklar som rörde ämnet kom man fram till att motiverande samtal är en effektiv metod att använda sig av för att ändra ett beteende och därför kan användas i arbetet att förbättra hälsan hos hjärt- och kärlsjuka.

5.4 Sammanfattning av tidigare forskning

Efter att vi läst igenom alla forskningsresultat kunde vi konstatera att det finns stora variationer i resultaten bland studier om samma ämnen. Bland de artiklar vi funnit om kost och sambandet med insjuknande i olika folksjukdomar finns tre undersökningar som tyder på att det finns ett samband mellan lågkolhydratdiet och ökad risk för dödlighet, hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes typ 2. (Fung m.fl., 2010; Koning m.fl., 2011; & Lagiou m.fl., 2012). Däremot kom Dyson (2008) fram till att en lågkolhydratkost är en bra och säker kost för patienter med diabetes typ 2. I en annan studie framkom det att en lågkolhydratkost som användes under en två års period hade positiv inverkan på risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar (Foster m.fl., 2010).

Studier som jämförde en lågkolhydratdiet med en lågfettdiet kom alla fram till att båda dieterna är lika effektiva för viktnedgång. (Thomson m.fl., 2010; Foster m.fl., 2010; Meckling m.fl., 2004).

Bland forskningarna om kostrådgivning pekade alla om motiverande samtal på att det är en bra metod att använda för att åstadkomma en livsstilsförändring hos patienten (Brobeck m.fl., 2011; Thompson m.fl., 2010). I studien av Sacerdote m.fl. (2006) kom man fram till att även korta kostrådgivningar kan åstadkomma en förändring i levnadsvanorna. I en studie av Kuninkaanniemi m.fl. (2011) påstår man att kortare rådgivningen inte är tillräckligt för att åstadkomma en förändring.

6 Undersökningens genomförande

När vi fått en djupare insikt i undersökningsämnet genom att ha studerat tidigare forskning om kost och sjukdom, viktnedgång och kostrådgivning genomförde vi vår undersökning med kvalitativa metoder. Kvalitativa forskningsmetoder är till en fördel när man vill få djup information om ett få antal undersökningsobjekt, medan man i kvantitativa studier får fram ytlig information om ett större antal objekt (Holme & Solvang, 1997, s. 78). I detta kapitel förklaras hur intervju används som datainsamling, om kvalitativ innehållsanalys samt hur vi valt ut studiens informanter och undersökningens praktiska genomförande.

6.1 Intervju som datainsamling

I denna studie kommer datainsamlingen att ske via intervjuer. För att vi skall nå ett gott resultat utifrån intervjuerna bör vi ha klarlagt vårt syfte och våra frågeställningar. Olsson och Sörensen (2007, s. 80) betonar att studiens *varför* och *vad* bör vara utrett innan man ställer frågan *hur*. En kvalitativ forskningsintervju sker i samspel mellan två personer – intervjuaren och informanten, vilka samtalar om ett ämne de båda intresserar sig av. I denna dialog skapas kunskap på ett socialt vis och uppkomsten av data baserar sig på intervjuarens kunskaper om ämnet och personliga omdöme när det gäller hur man ställer intervjufrågor. Att forskaren har kunskap inom studieområdet krävs för att kunna följa med i informantens svar samt för att ställa följande, sammanhängande frågor. Även kvaliteten på insamlingsdata är beroende på intervjuarens tidigare kunskaper om forskningsämnet och sättet att intervjua. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 98, 139).

Vanligtvis skrivs ett manuskript för intervjun som skall genomföras, en intervjuguide. Guiden hjälper till att mer eller mindre bestämt beskriva hur intervjun skall genomföras. Innehållet i intervjuguiden kan vara endast några av de övertäckande diskussionsämnena eller vara en detaljerad guide till intervjufrågorna. Detta beror på ifall studien kräver färdigt utsatta frågor i en viss ordningsföljd eller om intervjuaren fritt får välja om guiden följs strikt. Intervjuaren kan få ut mera information ifall hon utvecklar informantens svar och ställer vidare frågor runt vissa ämnen. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 146)

Miljön där intervjun utspelas har betydelse för resultatet. Är rummet ostört eller ringer telefonen nu som då och dialogen avbryts? Är informanten och den som genomför intervjun ensamma, eller finns där någon tredje part som lyssnar på? Intervjusvaren kan påverkas av dessa faktorer och resultatet behöver inte visa sig vara trovärdigt. (Olsson & Sörensen, 2007, s. 81). Även andra faktorer kan inverka på intervjuns kvalitet. Trost (2010, s. 77) tar upp i sin bok *Kvalitativa intervjuer* hur något som intervjuarens klädsel spelar roll. Enligt Trost skall forskaren inte använda sig av allt för eleganta klädesplagg och heller inte för vardaglig klädsel.

Kvale och Brinkmann (2009, s. 144) behandlar intervjuns iscensättning, att informanten uppmuntras att ge sin uppfattning på sitt liv och sin värld. I en intervju är de första minuterna avgörande för hur resten av frågesamtalet fortlöper. En god kontakt mellan parterna skapas när intervjuaren uppmärksam lyssnar till informanten, visar intresse, sympati och respekt för vad informanten berättar, samt är tydlig med vad det är man vill ha fram. Hela intervjusituationen inleds med att intervjuaren kort berättar om studiens syfte,

eventuell användning av bandinspelare samt kontrollerar ifall informanten har några frågor innan intervjun börjar. Denna orientering bör efter intervjun kompletteras med en uppföljning. I slutet av intervjun kan det finnas en känsla av spänning, eftersom intervjupersonen eventuellt delat med sig av sina erfarenheter och privata upplevelser och nu funderar över hur dessa svar kommer att behandlas i studien. Informanten har även delat med sig mycket information om sig och sitt liv, utan att ha fått något i gengäld av intervjuaren. Enligt Kvale och Brinkmann upplever ändå de flesta intervjupersoner att intervjustunden varit lärorik när de fritt fått prata inför en intresserad lyssnare och ibland även fått nya blickar om betydande ämnen ur sin egen livsvärld. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 144).

Vid användning av intervjuer som datainsamling bör man välja vilken typ av forskningsintervju som tillämpas. En intervju kan vara strukturerad, semi-strukturerad eller ostrukturerad (Denscombe, 2010, s. 233-235). Till vår studie kommer vi att använda oss av semi-strukturerade intervjuer. Den metoden innebär att intervjuaren har en uppgjord lista med teman som under intervjuens gång skall behandlas, samt sammanställt de frågor som intervjuaren önskar få ett svar på i en intervjuguide. Den som utför intervjun kan dock vara förberedd på att intervjuens struktur eventuellt omändras och bör vara flexibel med frågornas ordningsföljd. Informanten kan i denna typ av intervju utveckla sina svar mera än i en strukturerad intervju, genom att berätta mera omfattande kring de teman som behandlas. (Denscombe, 2010, s. 235).

När vi i denna studie tillämpar oss av intervjuer som datainsamlingsmetod bör vi göra olika etiska överväganden. Våra informanter bör innan intervjun påbörjas få ingående information om vad studien går ut på, dess syfte och frågeställningar. Under hela studiens gång skall informanterna ha rätten att kunna dra sig ur ifall de så önskar. Deltagarna skall även få reda på vem som kommer ha tillgång till intervjun och det insamlade materialet. Informanternas rättigheter och värdighet samt integritet skall respekteras från vår sida. Vi bör informera informanterna om att datamaterialet behandlas konfidentiellt samt att vi inte ändrar intervjusvaren på något vis. Forskningsmaterialet skall tas i förvar på ett säkert sätt för att inte avslöja informanternas identitet. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 87; Denscombe, 2010, s. 193-196).

6.2 Innehållsanalys som dataanalys

Kvale och Brinkmann (2009, s. 219) skriver i *Den kvalitativa forskningsintervjun* att innehållsanalys är en metod som nyttjas för att systematiskt beskriva det observerbara innehåll som fås ur det insamlade datamaterialet. Tekniken grundar sig på att man kodar och kategoriserar sitt material. Med kodning menas att man binder ihop ett eller ett flertal nyckelord till ett gemensamt textstycke för att lättare hitta bland materialet. Kategorisering innebär att kodningen grupperas till ett fåtal kategorier. Dessa kategorier kan antingen på förhand vara utsatta eller så utvecklas de så länge analysen pågår. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 217-219). Innehållsanalys kan tillämpas som två huvudsakliga metoder, som kvalitativ eller kvantitativ. Kvantitativ innehållsanalys används ofta i till exempel medieforskning, medan man inom vårdforskning tillämpar den kvalitativa metoden. (Graneheim & Lundman, 2004).

Innehållsanalysering sker genom att man efter att ha valt och samlat in det material man tänker analysera, delar in texten i mindre sektioner. En enhet kan bestå av flera ord, hela meningar och stycken eller rubriker. Denscombe (2010, s. 307) betonar, till skillnad från Kvale och Brinkmann (2009, s. 219), att kategorierna bör sammanställas i detta skede av analysprocessen och inte under analysens gång. Den som genomför analysen bör ha en klar uppfattning om vilka ämnen och frågor som är av intresse och utifrån det ta fram de nyckelord som anses vara viktiga. Forskaren skall nu koda enheterna så att de stämmer överens med kategorierna. Det är viktigt att noggrant uppmärksamma vad som står i texten för att få fram och koda de ord och meningar som är relevanta. När enheterna är kodade analyseras dessa sektioner med hänsyn till deras antal och förekomst, samt förhållandet till de andra enheterna som finns i texten.

Verkligheten kan enligt Graneheim och Lundman (2004) tolkas på olika sätt och förståelsen är beroende av subjektiv tolkning. Kvalitativ data som bygger på uppgifter från berättelser och observationer kräver förståelse mellan den som utför studien och deltagarna. Detta för att texterna som fås från bl.a. intervjuer och observationer är ömsesidiga, kontextuella och bundna till sitt värde. En text antas alltid omfatta flera betydelser samt att där alltid finns en viss grad av tolkning. Det här är en viktig fråga när man diskuterar tillförlitlighet av studiens resultat vid tillämpning av kvalitativ innehållsanalys. (Graneheim & Lundman, 2004).

6.3 Val av informanter

Till den här studien ville vi få med de personer som arbetar med kostrådgivning. Eftersom båda respondenterna är mitt inne i hälsovårdarstudier kändes det som en självklar sak att kontakta hälsovårdare ute på arbetsfältet. Vi valde att fokusera på de som arbetar med hälsovård för vuxna och studerande. Två österbottniska kommuner valdes ut och vi hörde oss för hos de ledande skötarna inom de kommunala och privata hälso- och sjukvårdsenheterna i respektive kommun.

Kontakten till hälsovårdarna fick vi genom namnförslag från ledande skötare samt via letande på eget hand efter lämpliga informanter. Det totala antalet vårdare som kontaktades via mail var 21. Av detta antal var det tio stycken som inte hörde av sig tillbaka, fyra som meddelade att de inte kan ställa upp p.g.a. tidsbrist, dålig erfarenhet inom ämnet eller förändrade arbetsuppgifter, samt sju stycken som tog kontakt tillbaka via mail eller telefon och meddelade att de kan delta i vår undersökning. Dessa informanter var hälsovårdare och en del var även expertsjukskötare. Deras arbetserfarenhet inom hälsovården varierade mellan 5 och 27 år. En del hade arbetat inom andra yrkes- eller vårdbranscher innan de skolade sig till det de titulerar sig med idag. Till studien fick vi med olika områden inom hälsoarbete och även flera från samma område, så vi kunde för oss själva jämföra svaren bland dem som hade samma dagliga arbetsuppgifter och träffade liknande klientgrupper.

6.4 Undersökningens praktiska genomförande

Under slutet av år 2012 var det dags för oss att välja ämnesområde för vårt lärdomsprov. Till vårt idéframförande i januari 2013 hade vi ställt fram ett första utkast av våra forskningsfrågor och syftet med vår studie. En första plan över hur vår väg till det färdiga arbetet skulle komma att se ut var även uppgjort. När vi fått vår första handledning och godkännande av syfte samt frågeställningar blev det dags att sätta oss in i den teoretiska delen. Det handlade om att leta efter och sammanfatta teoretisk bakgrund och tidigare forskning samt även läsa in oss på intervjutekniker och analyseringsmetoder av det material som vi skulle samla in.

I mars samma år skickades anhållan ut till ledande skötare för de enheter vi valt att träffa hälsovårdare från. Efter godkända anhållanden (se bilaga 1) fick vi av de ledande skötarna förslag på vilka hälsovårdare vi kunde kontakta inom deras egna enheter. Det var under

april och maj månad som hälsovårdarna kontaktades, via e-post med ett bifogat följebrev (se bilaga 2) med mera information om vår studie, med en betoning på att undersökningen är frivillig att delta i. Vi bad dessa hälsovårdare kontakta oss tillbaka endera via e-post eller telefon, för att vi skulle kunna fortsätta processen och bestämma tidpunkt och plats för de eventuella intervjuerna. Totalt blev det sju stycken av 21 som ställde upp på vår intervju. Dessa arbetade med kostrådgivning inom olika hälsovårdsområden, bland annat inom studerande- och företagshälsovård samt på olika slag av livsstilsmottagningar.

I slutet av april, vecka 17, hölls ett mellanseminarie tillsammans med vår handledare, bedömare samt andra studeranden som framförde sin gångna och kommande studieprocess. Där diskuterades det kring det som vi åstadkommit och hur vi kan vidare utveckla det. Vi fick även råd och handledning i hur vi skall gå vidare i processen.

Innan det blev dags att ge sig ut på intervjuer gjorde vi upp en intervjuguide. I framställandet av den utgick vi från våra frågeställningar och studiens syfte för att få intervjusvar som hängde samman med vårt intresse. Vi fick handledning under sammansättningen och gjorde flera utkast innan vi hade en färdig utarbetad och fungerande intervjuguide (se bilaga 3). Informanterna fick ta del av vår intervjuguide innan intervjun för att kunna förbereda sig på frågorna. Flera av informanterna hade färdigt utprintade intervjuguides med anteckningar i marginalen när vi anlände till intervjuplatsen. Under maj och juni månad genomfördes semi-strukturerade intervjuer, med våra färdigt sammanställda frågor men även med utrymme för mera diskussion ifall intervjusvaren kunde utvecklas vidare.

Respondenterna följdes åt till de två första intervjuerna för att få testa på intervjutekniken med stöd av den andre. Efter dessa två tillfällen gavs även respons och kritik åt varandra. De återstående intervjuerna utfördes endast av en respondent per intervju. Intervjuerna skedde på studiedeltagarnas arbetsplatser enligt överenskommelse mellan respondent och informant. Intervjuerna varade mellan 16 och 37 minuter och bandades in med en ljudinspelare.

Tack vare semi-strukturen kunde vi skapa en naturlig dialog under intervjun och ställa frågor som vidareutvecklade det som informanten tidigare berättat om. Tysta pauser kunde uppstå under intervjusituationen när vi för oss själva kontrollerade att vi fått svar på de frågor som framkom i intervjuguiden. De tysta sekunderna ledde ofta till att informanterna själva fortsatte berätta mera ingående om något som de nämnt tidigare, vilket vi upplevde

enbart som positivt. Intervjuerna transkriberades vart efter de genomfördes och vi valde att transkribera varandras intervjuer, för att båda skulle få inblick i vad som blivit sagt under intervjun. Alla intervjuer skedde på lokala dialekter och så även transkriberingen. Det insamlade datamaterialet blev totalt 31 stycken A4-sidor med text.

När hälften av vårt material var insamlat valde vi att föra upp ett första utkast till vår resultatanalys, eftersom vi redan då kunde hitta lämpliga huvudkategorier och kategorier. Vår intervjuguide var uppgjord enligt studiens frågeställningar så även våra huvudkategorier och kategorier kunde knytas samman med dessa. Vi fick godkännande från vår handledande lärare att spinna vidare på vårt utkast och fick även hjälp med att kunna gå vidare i processen. Att göra upp ett första utkast inför resultatanalysen var av stor vikt när vi respondenter skulle komma att spendera sommaren på olika håll. Under sommarmånaderna skedde vårt samarbete till stor del via olika sociala nätverkssidor och gemensamma forum.

Intervjuerna lästes igenom flera gånger av båda respondenterna, tills vi hade plockat ut allt väsentligt som fanns för vår studie. Genomläsningen skedde på skilda håll geografiskt sett, men tack vare första utkastet till resultatanalysen kunde vi båda två se vad det var vi ville lyfta fram ur det insamlade datamaterialet och justera designen av analysen vart efter vi tyckte det var nödvändigt. Efter att alla betydande citat plockats ut och sammanförts till överkategorier och kategorier fortsatte skrivandet av övrig text till studien, tills vi kunde träffas och tillsammans utarbeta det slutliga resultatet av studiens resultatredovisning.

7 Resultatredovisning

I detta kapitel redovisas resultaten från intervjuerna. Vi har utifrån våra intervjuer identifierat tre huvudkategorier som vi valt att ha som underrubriker till detta kapitel. Dessa huvudkategorier är grunden för kostrådgivning, kostrådgivning i hälsovårdarens arbete och förhållningssätt till dieter i kostrådgivning. Under dessa huvudkategorier följer kategorier, samt underkategorier, där vi kommer att ta upp citat från vår insamlade data. För att bättre åskådliggöra redovisningen har vi valt att svärta **kategorierna** samt att kursivera *underkategorierna* och dragit in de citat som följer efter kategorierna. En översikt av resultatanalysen finns bifogad till arbetet (se bilaga 4).

7.1 Grunden för kostrådgivning

Utifrån våra intervjuer ville vi ta reda på vilken bakgrundsfakta en hälsovårdare använder sig av i sin kostrådgivning, vad de grundar sina råd på. Ur det insamlade datamaterialet kunde vi urskilja ett flertal kategorier. Dessa var **nationella direktiv** och **olika förbunds rekommendationer**.

Våra informanter berättar i intervjuerna om att deras kostråd till största del grundar sig på Finlands näringsrekommendationer. Flera nämner att dessa rekommendationer i dagsläget genomgår en uppdatering och att man i sina kostråd bör använda sig av de nyaste direktiven. En del påpekar att de nordiska och nationella direktiven har mycket forskning bakom sig och därför tycker de att de är en bra grund att basera sina kostråd på. I samband med de finländskt utarbetade riktlinjerna för kostrådgivning nämns i intervjuerna *kostpyramiden* och *tallriksmodellen*. Ett flertal av informanterna anser att de är utmärkta redskap att använda sig av i sitt arbete, eftersom de är enkla att förstå för deras klienter.

"... men att he no di här kostrekommendationerna som vi... som vi ska hald oss till inom vården, att di e ju e nationellt utarbetade."

"Men min utgångspunkt e nog den här tallriksmodellen. Han e enkel, färggrann."

"Bland annat den här kostpyramiden. Han använder ja me åv, å han ha jo ändra no mi dem här nya rekommendationerna."

I undersökningen framkom att grunden för hälsovårdares kostråd även kan basera sig på **olika förbunds rekommendationer** som används inom den finländska hälso- och sjukvården. Under intervjustunderna nämnde fyra informanter Finlands *diabetesförbund* och *hjärtförbund* som två goda källor inom kostrådgivning. Dessa informanter anser att dessa förbunds kostrekommendationer är lämpliga för alla klienter, men förstås speciellt för de som har insjuknat i diabetes eller någon hjärtsjukdom. Informanterna är dock väl medvetna om att dessa förbunds rekommendationer baserar sig ursprungligen på Finlands näringsrekommendationer.

"...och använder myki material från hjärtförbundet å diabetesförbundet. Enkelt upplagt å enkelt ti si, enkelt ti förstå. Allting lutar se på evidensbaserad kunskap. Fö he vet vi att evidensbaserad kunskap såå.. er e evidensbaserat så er e evidensbaserat, å he måst vi ju använd, he ska vi ju använd i vården."

"Nå, diabetesförbunde har ju väldigt bra kostrådgivningsföreskrifter, en tjock luntto. Å he baserar ju se på våra myndighejters.. Social- och hälsovårdsministeriet"

från börjane. [...] Att även om e från diabetesförbundet så ere ju sånde mat som all mår bra åv."

".., men sedan finns e ju tå egna rekommendationer för diabetesvården men tem skiljer int se na myki från dem här vanliga nationella kostråden, egentligen."

"..å hjärtförbundet har ju åxå, å vi har ju broschyrer både från hjärtförbundet och diabetesförbundet."

7.2 Kostrådgivning i hälsovårdarens arbete

Under denna huvudkategori kunde vi påträffa sju kategorier, **förekomst av kostrådgivning, initiativtagande till diskussion av kost och dieter, förebyggande av folksjukdomar med kostrådgivning** samt vilka **dieter som tas upp i en hälsovårdarens kostrådgivning, hälsovårdarens egna kostråd, arbetsmetoder inom kostrådgivning och klienters frågor om kost och dieter.**

Informanterna uppgav kring **förekomsten av kostrådgivning** att det är en del av deras dagliga arbete. De flesta berättar att de behandlar kostfrågor flera gånger per arbetsdag och i de flesta klientkontakter. Förutom att detta ämne förekommer vid regelbundna hälsogranskningar där man försöker kartlägga en klients hälsovanor, behandlas även kostfrågor vid t.ex. avvikande blodtrycksvärden eller blodprovssvar hos klienter. Flera av hälsovårdarna påpekar att kostfrågor ofta tas upp i början av en klientkontakt. När man har skapat god vårdrelation till sin klient behandlas kostfrågor endast vid behov när någon fråga dyker upp. Två hälsovårdare upplever att kostrådgivning är så pass stor del av deras arbete, att de skulle behöva ha mera skolning inom ämnet.

"Nå no dagligen får ja ju säg. I nästan alla klientkontakter."

"It pratar vi ju kost såden ingående vi varenda besök, men man kan ju efter att man ha etablera hande kontakten å efter att man ha had dem ganska mang gang å vejt att man ha gaji iginom dähär me kosten, så sedan kan e ju kom upp na frågor nu å då, som vi tar tag i tå, tå di frågor."

"..för att har di problem me blodtrycket så funderar man ju åxå på kosten, me främst salt. Och me föståss kolesterole så blir e kostdiskussioner, me vikten... så att he kommer no hela tiden sku ja säg. Vissa dagar tycker ja att mitt jobb gar ut på he."

"..så ja tycker no ibland att man sko bod vara näringsterapeut eller kostrådgivare, för ja har ju int han utbildningen."

Angående vem som det är som tar **initiativ till diskussion om kost och dieter** är informanterna överens om att det skiljer sig från vilken typ av mottagningsbesök man utför. Vid allmänna hälsogranskningar är det hälsovårdaren som tar upp ämnet till diskussion. Där ingår kostfrågor i de rutinkontroller som kartläggs. Några av informanterna menar även att det har att göra med på vilket sätt klienten har kommit sig till mottagningen. Ifall det är klienten själv som tagit kontakt med hälsovårdaren är motivationen att diskutera kost och dieter större från klientens sida. När besökaren blir inkallad till hälsovårdarens mottagning är det däremot oftare som hälsovårdaren tar initiativet till kostfrågorna.

”Både och! E beror ju som på ho di kommer tå, föstås. Att vissa e ju väldigt motiverade om di beställer sjölv eller såde om di e intressera. Men andra e ju no mindre motiverade om di har vari mejr eller minder hitskickade.”

”Ibland kan e nog va patienten som tar upp e, speciellt hos di här som e väldigt mån om hälsan sin”

”Om he i samband med en hälsokontroll så ere oftast jag”

Kosten är en viktig del när det kommer till att antingen förebygga eller förhindra att en redan uppkommen folksjukdom progredierar. Utifrån intervjuerna kunde vi konstatera att det i hälsovårdarens arbete ofta ingår att **förebygga folksjukdomar** bland annat **genom kostrådgivning**. Vi kunde konstatera att informanternas kostrådgivning ofta riktas till klienter med metabolt syndrom. Fyra av informanterna berättar att de regelbundet diskuterar kring förhöjda kolesterolvärden med klienten om hur man med kost kan sänka det. Hälsovårdarna nämnde under intervjun att de då tar upp skillnaden mellan mjuka och hårda fetter, diskuterar kring ett reducerat saltintag samt minskad användning av snabba kolhydrater.

”..för att har di problem me blodtrycket så funderar man ju åxå på kosten, me främst salt.. och me föståss kolesterole så blir e kostdiskussioner, me vikten.”

”Noggrannari genomgång av kosten så gör ja ju tå tå ja har en ny diabetiker eller en som vill ga ner i vikt.”

”Jaa, kolesterol e en sak som ja sku säg att vi diskuterar ganska myki, de här me mjuka å hårda fetter..”

Under intervjuernas gång blev det diskuterat kring vilka **dieter som hälsovårdare träffar på i sitt arbete**. Alla informanterna är eniga om att de dieter som tas upp inom

kostrådgivning varierar med tiden, enligt vilka som är populära just i den stunden. Informanterna är även eniga om att det är mer diskussion om dieter ute på hälsovårdsmottagningarna nu än det tidigare varit.

Vid den tidpunkten som vår studie genomförs är det en märkbar popularitet hos de dieter som förespråkar en lågkolhydrat diet. Undersökningens alla informanter nämner LCHF (low carb/ high fat) som den mest omdiskuterade i detta läge. Man kan se ett samband med de informanter som arbetat en längre tid inom hälsovården och med erfarenheten av olika dieter. En del av studiens deltagare nämner att klienterna influeras till största del av dieter från media och från andra närliggande länder. Andra dieter som dessa hälsovårdare kommit i kontakt med under sitt arbetsliv är GI-metoden, Cambridge, Iso-Atkins, olika påsdieter, viktväktarnas program, 3-dagars-sjukhusdieten, 5:2 dieten, undvikande av alla slags tillsatsämnen samt Ducan-dieten och Herbalife. Informanterna nämner endast dessa dieter utan att berätta mer ingående om dem.

"Speciellt LCHF ha ju vari myki no tå kansk ti två sista åren, å ganska mang så ha prova på he å funderar va tycker vi om he? Men no tå å andra dieter, allt från Cambridge till Iso-Atkins å allt möjligt."

"LCHF e jo no kanske he som e vanligast."

"Di ha vari inom viktväktarna å ejn dejl ha prova på Cambridge å ejn dejl ha had na Herbalife å ejn dejl ha gaji på 3-dagars-sjukhusdieten. Å he ha vari GI-metoden å."

"..., men no er e väl alla möjliga dieter som di läser om på näte. He ju nära kontakt ti Sverige jär å man märker att folk e väldigt influera åv sånt!"

Från vårt insamlade datamaterial kunde vi hitta en stor mängd med **egna kostråd som hälsovårdarna delar med sig av** till sina klienter. De flesta råden som ges ut är i samråd med de direktiv som informanterna berättat att de grundar sina kostråd på. Så som i nationella kostanvisningar, ger hälsovårdare information om att vi bör äta mycket grönsaker, mera fullkornsprodukter, undvika höga sockerhalter samt att välja mat av bra kvalitet såsom inhemska och närproducerade råvaror. Vi skall undvika färdiga, processade matportioner att bara stoppa in i mikrovågsugnen samt regelbundet inta måltider, men med en mindre portionsstorlek. Utifrån datamaterialet kan man läsa att vi människor borde ändra våra matvanor istället för att gå på bantningskuror. Vi skall inte lämna bort kolhydrater bara för att försöka gå ner i vikt, utan istället bör man se på det från ett helhetsperspektiv – att inte bara ändra en del av kosten utan att även göra ändringar i sina motions- och levnadsvanor för att lyckas med en eventuell viktnedgång.

"..åså just hande regelbundenhejten, han e ju precis lika viktig som va man får i se."

"Va vejt di o va har di intresse av å ho e dagsläget? Å så via he försök nyst. Alltså, finns e nainting smått som di sjölv tycker att e möjligt att änder på eller? För att oftast ere ju som int hede att di ska änder på allt å tänk att "Nej, no ha ja äti en massa fejl!", utan e kan va sånde små saker som man varenda dag kanske kan änder på."

"..så tycker jag också när man talar om kost att man måst si på helheten. Fuskar man på nåt ställ å använder kanske smör, så kan man ju plock in mjuka fetter på nåt annat ställe, använd nötter, frön å oljor å sånt."

"Ja tycker ja ha försökt kör en medelväg, å tå säger ja att man ska undvik dehär väldigt processa maten, mikromat å sånt.. Å just att ja försöker säg att dem ska minsk på sockri å dehär snabba kolhydraterna å ök på fiberhalten i maten."

I kategorin **arbetsmetoder inom kostrådgivning** fann vi tre olika verktyg som hälsovårdarna använder sig av inom kostrådgivningen. Hälsovårdspersonalen som deltog i studien, anser att *motiverande samtal* är en viktig del inom kostrådgivning. Att lyckas hitta de vägar som når till en förändring eller ändrad inställning hos klienten. Två av våra informanter nämner att de använder sig av *kostdagbok* för sina kunder. Klienten för dagbok över sitt matintag en kort tid, för att sedan tillsammans med hälsovårdaren kunna komma fram till lösningar mot en bättre kost. I kostdagboken får det gärna finnas med både helg- och vardagar. Till varje träff kan man i samspråk med klienten göra upp delmål för att motivationen skall hållas uppe hos klienten. Som yrkesutövare bör man inte komma med direkta förslag och scheman utan lyssna till klienten vad han/hon är beredd att ändra på, ifall det alls finns motivation till förändring. *Gruppverksamhet* är ett annat sätt att nå ut till klienterna inom kostrådgivning, berättar en annan informant. Genom att lyssna till andra personer i samma situation när det kommer till förändringar i levnads- och kostvanor kan klienten hitta motivation, lärdom och inblick i en ändring.

"He e ju de här motiverande samtal som vi försöker använd oss av i patientmötet. För att vi vet ju idag att om vi sir på resultaten å siter å säger åt patienten att de här å de här måst du åtgärd. Dem gör ju int e om dem int e motivera till e."

"..speciellt dem här som kommer för att dem vill ga ner i vikt så tem bruk ja ofta lägg en kostdagbok åt under några veckor. Å he har ja som utgångspunkt för diskussion sedan, att "Va tycker do om de här?" Å så ändrar man tå tär e behövs."

"Också med gruppverksamhet så vet vi idag att he har bra effekt me förändringar i livsstilen. Via gruppstödet så får dom kunskap, insikt och motivation ti gör en förändring när man hör hur andra ha gjort."

Förutom att hälsovårdaren ger ut kostråd åt sina klienter hamnar hon även att besvara på **klientens frågor som berör kost och dieter**. Alla informanter får regelbundet frågor från klienterna gällande ämnet, ibland spontana men kanske oftast i samband med diskussion om kost och dieter. De förfrågningar som nämnts under intervjuerna berör vitamintillskott, olika diet- och allergikoster samt kolesterolsänkande kosthållning. Flera informanter menar att befolkningen idag är pålästa och många gånger verkar de veta mer än de som skall ge ut kostråden.

”..åså frågar dem om vitamintillskott å he kan di fråg att va man behöver å va man sko kunn ta. Åså dieter då vid till exempel allergier; keliaki, atopi.”

”He kommer no allt mellan himmel o jord. He väldigt påläst folk idag, att he e int na sånde.. nå no kommer e åxå sånde vanliga mera enkleri frågor, men en stor dejl no att man behöver no ha läst själv åxå.”

”Nå myki tycker ja e kommer åpp me de här nya dieterna, både GI och LCHF er e mang som e nyfiken på. Att va tycker ni? Å va innebär e? Å va anser ni? Å kan man äta såde å va har e för inverkan på kolesterolet å..?”

7.3 Hälsovårdares förhållningssätt till dieter i kostrådgivning

Vi kunde urskilja varierande åsikter om dieter hos hälsovårdarna som vi intervjuat. Många hade även tudelade åsikter och tyckte att en del dieter innehöll bra delar, och andra dieter färre positiva delar. De kategorier vi kunde urskilja var **diet som start på ny livsstil**, **negativt-positivt förhållningssätt** samt att några tyckte att det är **klientens egna beslut**.

En del av våra informanter var av den åsikten att en diet kan vara en början i rätt riktning. Patienten kanske börjar tänka mer på vad han/hon äter och på så sätt kommer in på en mer hälsosam bana så småningom. Därför tror fler av våra informanter att en del kan använda någon **diet som start på en ny livsstil**.

”..å he klart, vill ti försök he, till exempel om di ska ga ner i vikt, så ere väl okej under en tid. Att di kanske får motivation om di sir att kilona rasar iväg, åså kanske de ena ger de andra, att di fortsätter att ät hälsosamt om e he som ha vari problemet.”

”He kan ja på ejt sätt ga me på att man har e som en startkur för att få en förändring till stånd. He kan ja tänk me, tär kan ja tänk me att man kan använd Cambridge om man liksom vill använd pulver å försök liksom få..speciellt di här som e väldigt överviktiga. Ja, he tycker som ja att e int e na gälit i e, men int på he sätti att man sku tro att ”No e dähär he ENDA rätta i världen som vi ska hald oss till!”.”

Till kategorin **positivt- och negativt förhållningssätt** hittade vi hälsovårdarnas olika inställningar till dieter. Våra informanter var av den åsikten att dieterna visst har en del positiva sidor, men att de negativa sidorna också finns där. Flera hoppas att de ska kunna få patienterna att byta från den diet de håller på med till en långsiktigare lösning med nyttigare matval som följer de nationella rekommendationerna. Något som många dieter innehåller är ett förbud av socker, vitt mjöl och andra snabba kolhydrater. Det här är något som hälsovårdarna tyckte var positivt i de dieterna, trots att de i övriga fall inte skulle rekommendera dieterna i fråga. Det poängteras även att man sällan orkar hålla sig till den diet man börjat på, vilket kan ses som negativt då de ofta gör mer skada än nytta då. Som exempel var det någon som berättade att en som gick på LCHF-diet åt mycket fett men även mycket kolhydrater, vilket bara resulterade i en onyttig kost.

"..men att vi har ju int na, om vi tänker på LCHF dieten, vi har ju int nå evidens på, vi har int nå forskningar på den."

"GI e ju som på he sätti int nan diet utan he jo mejr liksom en metod, mot stopp på kolhydrater, så att he tycker ja jo int på na sätt e fejl utan he jo hejmtåt för att tå försöker man jo ta bort socker o snabba kolhydrater å sånt. Så he jo egentligen he som gar hand i hand me va vi rekommenderar!"

"..e just hede me att e mytji fett som kanske int e he bästa i han dieten..men sedan resten e jo okej! Ja menar, mytji grönsaker åså mytji fullkorn" (LCHF)

"Alltså he jo ingenting som vi rekommenderar på na sätt. Å he brukar ja väl no ååå få fram."

"..så helder he att di kommer hit å man försöker stöd dem å di fortsätter att kom, än att man liksom visar att "Nä, har du diet så får do sköjt e på egen hand!". Så att i slutändan kanske di ändå liksom övergår till he man mejr rekommenderar om vi säger så!"

"He finns vissa saker som all de här dieterna har gemensamt å he e he att dem säger att man ska undvika skräpmat å riktigt snabba kolhydraterna som vitt mjöl å socker å de här snabbpasta som man kokar på 4-5 minuter. Att he haller ja med om, att man ska ök andelen grönsaker."

I kategorin **klientens egna beslut** framkom att hälsovårdarna ger patienten möjlighet att själv välja om den vill följa en diet, men det är inget som de rekommenderar. Många av informanterna tycker att man ska ta upp vilka nackdelar det finns med dieten i fråga och även berätta vad de hellre skulle rekommendera för klienten i fråga om kost. Men de flesta inser att om någon har bestämt sig för att tro på och följa en diet så behöver de inte försöka övertala dem till något annat, det är inte deras ansvar.

”..å en vuxen måst ju få ta hede ansvaret om han no önskar ti ga ner i vikt och tar hande ena dieten å gör e, men he e att va kommer bakett tå han ska byri ät normalt?”

”..så att int bruk ja på na sätt säg att, att va förbjudande att he får di prov va di vill fö me.”

”Å ja sku int säg att ja rekommenderar dieter, fö he ju patienten som gör valen men man kan ju diskutera med dom. För he ju alltid patienten som gör valen. Men man måst som säg för- och nackdelar med dem.”

”Om dem säger att dem kommer att håll fast vi de här oavsett va kolesterolet visar så har vi fått sagt åt oss att vi behöver int ens kontroller kolesterolvärdet tå, eftersom dem int tänker ändra matvanorna.”

8 Tolkning

I tolkningen kommer vi respondenter att tolka resultatet utgående från studiens frågeställningar mot de teoretiska utgångspunkterna, Penders (2011) hälsofrämjande modell och Orems (2001) egenvårdsteori samt den teoretiska bakgrunden och tidigare forskningen. Fortsättningsvis kommer kategorierna att hållas svärtade och underkategorierna kursiverade. Den första forskningsfrågan behandlar kategorierna **nationella direktiv** och **olika förbunds rekommendationer**. Den andra forskningsfrågan behandlas utifrån kategorierna **förekomst av kostrådgivning**, **initiativtagande till diskussion av kost**, **förebyggande av folksjukdomar med kostråd** samt vilka **dieter som tas upp i en hälsovårdarens kostrådgivning**, **hälsovårdarens egna kostråd**, **arbetsmetoder inom kostrådgivning** och **klienternas frågor om kost och dieter**. I den tredje och sista frågeställningen tas kategorierna **diet som start på ny livsstil**, **negativt-positivt förhållningssätt** och **klientens egna beslut**.

8.1 På vad baseras de kostråd som ges åt vuxna inom hälsovården?

I våra intervjuer framkom att det är vanligt att man som kostrådgivare använder sig av de **nationella direktiv** som utarbetats för Finlands befolkning. Informanterna poängterar att dessa rekommendationer är tillförlitliga att använda sig av, eftersom det ligger mycket

forskning bakom dem. Kostrekommendationerna uppdateras med jämna mellanrum och man bör som hälsovårdare använda sig av den senaste upplagan. Statens näringsdelegation har som mål att förbättra finländarnas hälsa och förebygga folksjukdomar och folkhälsoproblem med hjälp av de nationella kostrekommendationerna. För att uppnå målet krävs det att finländarna får sitt energiintag och sin förbrukning i balans, genom att inta en mångsidig kost med tillräcklig mängd näringsämnen, mera fiberprodukter och ett mindre intag av socker, salt och alkohol. (Statens näringsdelegation, 2005, s. 7-8). Likaså redogör Thomson m.fl. (2010) liksom Johansson (Hallberg (red), 2010, s. 79-80) att man bör fokusera på att energiintaget är på samma nivå som förbrukningen av energi.

Kostpyramiden och *tallriksmodellen* som är utarbetade ifrån de nationella direktiven används av studiens informanter som enkla och förståeliga redskap åt klienter som tar emot kostrådgivning. Tallriksmodellens uppbyggnad av näringsämnen kan enligt Johansson (Hallberg (red), 2010, s. 79-80) anpassas till klientens livsstil beroende på fysisk aktivitet. Till exempel kan en mycket fysiskt aktiv person sätta mera kolhydrater på sin tallrik än någon som inte rör på sig lika mycket.

Grunden för kostråd kan även basera sig på olika förbunds rekommendationer. Utifrån vår studie kunde vi konstatera att de som arbetar med kostrådgivning kan ge ut **olika förbunds rekommendationer**. Finländska diabetesförbundet och hjärtförbundet nämndes som två goda källor inom kostrådgivning. Det poängterades i intervjuerna att dessa rekommendationer ursprungligen är uppbyggda från Finlands näringsrekommendationer och att de även kan användas till klienter som inte lider av diabetes eller någon hjärtsjukdom. *Diabetesförbundet* förespråkar bland annat en kost med mycket frukt och grönsaker samt att man skall välja livsmedel med ett lågt glykemiskt index, medan *hjärtförbundet* även rekommenderar minskad saltmängd och användning av goda fetter i mathållningen. (Diabetesförbundet, 2008, s. 22; Finlands hjärtförbund rf, u.å).

8.2 På vilket sätt och hur ofta tas kostrådgivning samt populära dieter upp i hälsorådgivningen?

När vi frågade våra informanter om **förekomsten av kostrådgivning** i deras arbete framkom det att de dagligen stöter på kostrådgivning i någon form. Ämnet behandlas i de flesta klientkontakter och vid regelbundna hälsogranskningar, speciellt vid en ny klientkontakt. Finska staten påverkar även förekomsten av kostrådgivning ute i

kommunerna. I kvalitetsrekommendationer för främjande av hälsa uppgjorda av social- och hälsovårdsministeriet (2007) poängteras att man bland annat inom arbetshälsovården skall handleda klienten i frågor gällande närings- och motionsvanor. I kommunerna bör upplysning om hälsosamma kostvanor ökas genom lokala medier. Hälsovårdspersonal skall öka arbetet kring näringsfrämjande rådgivnings- och planeringsarbete. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2007, s. 45-46). Kostrådgivning är ibland en stor del av informanternas dagliga arbete och de kan uppleva att de skulle behöva mera skolning inom området. Även för de som titulerar sig kostrådgivare kan detta vara ett stort ämnesområde där man bör besitta stor kompetens, också inom andra yrkesområden, till exempel inom psykologi och sociologi. (Johansson, 2010).

Resultatet utifrån vår studie visar att **initiativtagandet till diskussion om kost och dieter** sker från endera personalens eller klientens sida, beroende på vilken typ av mottagningsbesök det gäller. Kostfrågor behandlas utifrån hälsovårdarens initiativ vid allmänna hälsogranskningar och rutinkontroller. Ifall det är klienten som sökt sig till hälsovårdarens mottagning kan det enligt våra informanter vara andra vägen, att det är klienten som själv tar upp ämnet till diskussion. Informanterna menar att klienten är mera motiverad att ta emot kostrådgivning i denna situation. Orem (2001, s. 225) skriver om egenvårdshandlingar, att de är frivilliga, medvetna och självmant utförda gärningar. När klienten tar initiativ till diskussion om kost och dieter samt visar ett intresse för ändring av kostvanorna, kan man se att det har ett sammanhang med Orems teori om egenvårdsbehov. Universella egenvårdsbehov beskrivs som de handlingar en människa gör för att sköta om den mänskliga funktionen och förbättra hälsa och välmående. Orem tar upp vätske- och födointag som exempel på egenvårdshandlingar.

Blir klienten istället kontaktad och inkallad till en hälsokontroll är det sällan klienten som först nämner kost och dieter menar informanterna. Bergstrand (2004) redogör för effekterna av hälsodiskussioner, beroende på vem som tagit upp initiativet till samtalet. Det påverkas av hur den sakkunnige bemöter sin klient, att man som rådgivare bör agera vänligt, respektfullt och med en professionell försiktighet för att skapa god kontakt samt undvika komplikationer inför fortsatt kontakt. Bergstrand tar också upp vikten av att vårdare bör samtala med klienten på så vis att diskussion om till exempel kost och dieter sker utifrån klientens initiativ. Att inte hälsovårdaren påpekar de hälsobekymmer som finns, utan att klienten själv får berätta om dem. (Bergstrand, 2004, s. 61, 74-76, 91)

Att arbeta med kostrådgivning innebär att man ofta träffar på klienter som har ökad risk för att insjukna i någon hjärt- och kärlsjukdom, det vill säga klienter med metabolt syndrom. Klienter som kommer till hälsovårdarnas mottagningar kan också redan ha insjuknat i till exempel diabetes. Det är en ofta förekommande händelse att våra informanter arbetar för att **förbygga folksjukdomar genom kostrådgivning**. Enligt informanterna är det vanligt att man ger ut råd om kolesterolsänkande kost. Det gäller då diskussion kring mjuka och hårda fetter, ett reducerat saltintag och en minskad användning av snabba kolhydrater. Eftersom man med de nationella kostrekommendationerna (Statens näringsdelegation, 2005, s. 7-8) vill minska förekomsten av bland annat högt blodtryck, övervikt, diabetes och olika hjärt- och kärlsjukdomar genom att förespråka en kost med bland annat omättade fetter istället för mättade fetter samt ett lägre intag av salt, lämpar sig dessa näringsrekommendationer även för klienter ur denna grupp.

Uusitupa m.fl. (2000) har kommit fram till att genom att följa kost- och motionsprogram i samband med individuell rådgivning minskar risken för att insjukna i bl.a. diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Glukostoleransen, blodtrycket och kolesterolvärden förbättrades hos dem som deltog i studien. Andra studier kring kost och folksjukdomar visar att man med en lågkolhydratkost, där man har ett högt intag av animaliskt fett och protein har större risk för att insjukna i diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar och cancersjukdomar samt ökad dödlighet. En lågkolhydratkost med fett- och proteinintag från vegetabilier medför istället minskad risk att insjukna eller dö i hjärt- och kärlsjukdomar. Med denna typ av kost har inte setts något samband med att insjukna i diabetes typ 2. (Fung m.fl., 2010; Koning m.fl., 2011). Lagiou m.fl. (2012) kunde konstatera att en kost med ett lågt intag av kolhydrater och högt proteinintag kan ha samband med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar.

Vilka **dieter som påträffas i hälsovårdarens arbete** varierar med tiden enligt popularitet, menar våra informanter. Diskussioner om dieter har också blivit mer förekommande nu i dagens läge. Att populariteten påverkas av media samt andra närliggande länder, kunde konstateras av informanterna. De dieter, som utifrån vår undersökning är mest aktuella nu just, är de som förespråkar en kost med lågt intag av kolhydrater. LCHF (low carb/ high fat) nämns vid alla intervjutillfällen som den mest omtalade dieten enligt hälsovårdarna. De dieter som också nämndes under intervjuerna som ofta förekommande var bland annat GI-metoden och Cambridge. Under genomgången av det insamlade datamaterialet kunde respondenterna se ett samband mellan arbetserfarenhet bland informanterna och antalet dieter de stött på i sitt arbete. Johansson (2007, s. 262) och Aro (2008) framhåller att

populära dieter är oftast de som fäster uppmärksamheten på endera fett- eller kolhydratintaget, sällan andelen protein. För att locka till sig följare bör dieten även vara enkel att följa samt lova en snabb viktnedgång som är bestående (Johansson, 2007, s. 262-263).

En hälsovårdare ger till största del ut råd som är baserade på bland annat nationella direktiv men man kan inom kostrådgivning även urskilja **hälsovårdarnas egna kostråd**. Liksom de nationella kostrekommendationerna förespråkar våra informanter en kost med grönsaker och fullkornsprodukter, samt att vi bör undvika höga sockerhalter. Vi skall fokusera på bra kvalitet på våra råvaror och därför använda oss av inhemska och närproducerade livsmedel. Från intervjuerna med personer som arbetar med kostrådgivning kunde man ta till sig råd om att undvika processade matportioner, det vill säga färdig mat, bara att värma upp i mikrovågsugnen. Informanterna förespråkar ändrad mathållning och livsstil istället för att följa skilda bantningsdieter. Kolhydrater skall inte behöva utelämnas från kosten för att man skall gå ner i vikt, utan kosthållningen skall ses på från ett helhetsperspektiv. Man skall alltså enligt informanterna även se över sina motions- och andra levnadsvanor vid en önskan om viktnedgång, inte enbart kosten. Nola Pender (Alligood & Tomey, 2010, s. 439) tar upp i sin hälsofrämjande modell vad hon anser vara ett hälsofrämjande beteende. Pender påpekar såsom informanterna att man bör se över helheten vid hälsoarbete och rådgivning. Att äta en hälsosam kost, träna regelbundet, hantera stress, se till att vila tillräckligt samt att skapa goda relationer i livet är några av de faktorer som bör ses över för en förbättrad livsstil.

För att lyckas med sitt arbete och nå ut med budskap åt klienten kan hälsovårdaren använda sig av olika **arbetsmetoder inom kostrådgivning**. Utifrån intervjuerna kunde vi konstatera att *motiverande samtal* är en viktig del inom kostrådgivning. Man bör som sakkunnig hitta den väg som når klienten och ger en inställning till förändring. Informanterna poängterar att det är av stor vikt att man som vårdare inte kommer med direkta förslag och lösningar, utan att man lyssnar till klienten vad han/hon är beredd att ändra på i sin livsstil, ifall det alls finns någon motivation till förändring. För att hålla upp motivationen rekommenderas av informanterna att man gör upp målsättningar inför varje besök. Brobeck m.fl. (2011) har forskat kring motiverande samtal och kommit fram till att det är en passande metod för förebyggande hälsoarbete och kostrådgivning. Precis som informanterna påpekat tas det upp i denna studie att det positiva med motiverande samtal är att klienten får en bättre inblick i sina hälsoproblem samt en möjlighet att själv tänka ut hur dessa problem kan lösas och livsstilen förbättras. Likaså behandlar Pender (Pender

m.fl., 2006, s. 5) begreppet motivera, att man bör motivera klienten att förändra sina levnadsvanor samt genom motiverande metoder hjälpa klienten att se de positiva möjligheterna till hälsa.

Kostdagbok är ett verktyg som används av ett par av studiens informanter. De berättade att de har klienten att föra dagbok över sitt matintag under en viss tid, för att sedan tillsammans med hälsovårdaren fundera över de möjligheter som finns för en bättre kosthållning. I den här dagboken är det önskvärt att det finns med både helg- och vardagar, för att få en bättre bild av klientens matintag under till exempel en vecka. Bergstrand (2004, s. 91) nämner även att en av klienten ifylld kostberättelse är till fördel för hälsovårdaren när det skall urskiljas vilka problem som finns i klientens matvanor. En annan lösning för att nå ut med sitt budskap till klienter är att ordna olika *gruppverksamheter* inom kostrådgivning. När klienterna får lyssna till andra personer i samma situation kan klienten hitta motivation till och lärdom om förändringar i sina levnads- och kostvanor.

Hälsovårdare ger inte enbart ut sina kostråd, de skall även bemöta frågor som ställs angående ämnet. En som arbetar med kostrådgivning får regelbundet **frågor från klienten gällande kost och dieter**, ibland spontant från klientens sida men kanske mer ofta i samband med diskussion kring ämnet. Utifrån studiens resultat kan konstateras att klienter nu som då ställer frågor som berör vitamintillskott, olika diet- och allergikoster samt specifikt hur man skall lyckas med en kolesterolsänkande kosthållning. I dagens läge är befolkningen verkligen påläst om kost och dieter och i flera fall kan klienten veta mera än den som skall ge ut kostråden och vara sakkunnig inom området.

8.3 Hur förhåller sig hälsovårdare till dieter i sitt arbete?

I våra intervjuer framkom det från flera av informanterna att de kan se en diet som positiv på så sätt att den kan göra att personen som valt att följa en viss diet vill ändra på sina matvanor och söker något som hjälper dem att gå ner i vikt. Hälsovårdarna ansåg att en del kan använda en **diet som start på en ny livsstil**. Men de flesta av informanterna hoppades även att deras klienter så småningom skulle övergå till en kost som baserar sig på de nationella rekommendationerna och på så vis äta en varierad och näringsrik kost.

Olika dieter har olika saker som de fokuserar på, ofta mängden kolhydrater eller fett. Bland våra informanter fanns det flera som hade tudelade åsikter om dieter, det vill säga ett **negativt-positivt förhållningssätt**. Många av dem ansåg att de flesta dieter har bra sidor, men även negativa sidor. Som exempel kan nämnas GI-metoden, vars följare uppmanas att undvika snabba kolhydrater (Johansson, 2007, s. 264). I näringsrekommendationerna (Statens näringsdelegation, 2005, s. 8) förespråkar man också ett reducerat intag av snabba kolhydrater.

Många av våra informanter informerar patienter som vill använda sig av en diet om för- och nackdelarna samt att de rekommenderar en kost som följer näringsrekommendationerna. De anser att det är **patientens beslut** att välja hur han/hon vill ha sin kost och försöker inte övertala någon som redan bestämt sig för att pröva på en diet. Kuninkaanniemi m.fl (2011) kunde i sin studie konstatera att det är vanligare med korta interventioner/kostrådgivningar inom primärvården, men att detta inte är tillräckligt för att få till stånd en förändring i patientens beteende eller livsstil. En person som arbetar med kostrådgivning bör enligt Johansson (2010) se till att ha förberett sig mentalt på olika försvarsmekanismer som klienten kan komma med. Vanliga motargument från klienten under en kostrådgivningssituation kan vara att klienten påstår att hälsosam mat är för dyr eller att det inte finns tid till matlagning av hälsosam mat. Det är av stor betydelse att personal inom kostrådgivning kan förstå hur klienter tar beslut om sin egen hälsa och vad det är som styr de beteendena, för att kunna arbeta för hälsofrämjande insatser med ett positivt resultat. Pender (Pender m.fl., 2006, s. 49-50) och Johansson (2010) påpekar vikten av att man som utövare i hälsorådgivning även beaktar dessa argument som en klient kan ta upp mot hälsovårdarens rekommendationer. Det kan vara andra orsaker till dessa motståndargument, t.ex. dåliga arbets- eller familjeförhållanden eller andra orsaker till ett psykiskt illamående. De problem som inte handlar om kost och dieter, kan inte lösas med bättre matvanor.

9 Kritisk granskning

I detta kapitel kommer respondenterna att granska examensarbete kritiskt utgående från Larssons (Starrin & Svensson (red.), 1994) kvalitetskriterier för kvalitativa studier. Kriterierna skall hjälpa respondenterna att hitta svagheter och styrkor hos kvaliteten i denna studie. De kriterier som kommer att användas för att granska arbetet är perspektivmedvetenhet, struktur och det pragmatiska kriteriet.

9.1 Perspektivmedvetenhet

Med perspektivmedvetenhet menar Larsson (Starrin & Svensson (red.), 1994, s. 165-168) att man är medveten om att fakta alltid är perspektivberoende. Man har redan från början en förförståelse av det som skall tolkas vilket kan påverka tolkningsprocessen. En tanke om ämnet uppstår innan undersökningen påbörjas. Under studiens gång förändras tanken om undersökningsämnet samtidigt som tolkningens utgångspunkter uppkommer. Utgångspunkten för tolkningen görs tydligt, för att respondenten inte skall kunna undanhålla sitt perspektiv för läsaren. Genom att beskriva personliga erfarenheter som är relevanta och betydelsefulla för studien kan förförståelsen för ämnet redogöras. Utgångspunkterna för undersökningen tydliggörs om förförståelsen redogörs. Det som är rimligt och relevant skall kunna åtskiljas.

Trots att examensarbetet var ett beställningsarbete har vi kunnat påverka ämnet enligt vårt eget intresse. Vi har själva fått välja utformningen av vår studie och på vad vi har satt vårt fokus. Undersökningsgruppen valde vi eftersom vi själva studerar till hälsovårdare och tyckte det kunde vara intressant att få ta del av deras åsikter och erfarenheter. Eftersom vi själva gjorde upp intervjuguiden och fick välja vad vi ville ta upp med informanterna så påverkades troligen utformningen av frågorna av oss. Vi har annars inte medvetet försökt rikta in eller påverka studien på något vis, utan försökt att vara objektiva. Förförståelser för examensarbetet fick respondenterna under bearbetningen av teoretiska bakgrunden och tidigare forskning. Våra förförståelser inför undersökningen var antagande om att hälsovårdare följer nationella direktiv i sina rekommendationer, vilket stärktes under studiens gång. Respondenterna var också medvetna om att dieter har blivit vanligare, samt vilka dieter som i detta läge hörde till de mera populära.

9.2 Struktur

God struktur innebär att materialet är överskådligt och förståeligt med fokus på det väsentliga. Det handlar om att hitta strukturen i rådata samt att framställa studiens resultat så att strukturen blir framhävd och tydliggjord. Texter med bra struktur har en markerad och tydlig skillnad mellan huvudsaker och bisaker. Utgående från datamaterialet produceras klara och tydliga kategorier så att det för läsaren är lätt att få en klar överblick av studiens resultat. Arbetets röda tråd skall synas, tankegångarna skall kunna följas utan att väsentliga led är utelämnade. För att göra texten lättläst skall ett tydligt och enkelt språk användas i arbetet. (Starrin & Svensson (red.), 1994, s. 173-175)

Studiens uppbyggnad följer Yrkeshögskolan Novias anvisningar för lärdomsprov. Respondenterna har tagit med det som ansetts vara väsentligt för studien från det insamlade datamaterialet. Resultatet har respondenterna försökt att bygga upp enligt en tydlig och enkel struktur med hjälp av huvudkategorier, kategorier och underkategorier så att läsaren har lätt att hänga med i tankegångarna. Objektivitet har eftersträvat och inga fakta har medvetet lämnats bort.

9.3 Pragmatiska kriteriet

Enligt Larsson (Starrin & Svensson (red.), 1994, s. 185-186) kan det pragmatiska kriteriet beskrivas enligt följande: ”Kvaliteten i analysen är avhängig i vilken utsträckning undervisning utifrån de beskrivna uppfattningarna kan resultera i ökad förståelse av visst innehåll”. Det innebär att följderna för resultaten som man kommit fram till betonas och att man kan anknyta betydelsen av resultaten i praktiken.

Redan tidigt i planeringen av detta examensarbete visste respondenterna att de vill utföra en studie vars resultat kunde ge oss en inblick i en del av vårt kommande yrke. Att få en bredare förståelse om hur man som hälsovårdare kan arbeta med kostrådgivning. Respondenterna anser att studiens resultat kan vara till nytta för dem som kommer att börja arbeta med kostrådgivning, för att få en uppfattning om hur kostrådgivningsarbetet kan se ut i praktiken. Exemplar av studien kommer att överlämnas åt beställaren samt åt de enheter där intervjuerna har utförts. Studerande och personal på studieenheten har möjlighet att ta del av examensarbetets resultat under presentationen samt ha tillgång till tryckta exemplar i studieenhetens bibliotek.

10 Diskussion

När vi började planera vårt examensarbete hade vi först tänkt skriva med fokus på enbart dieter i kostrådgivning. När insamling av material till teoretisk bakgrund och tidigare forskning påbörjades insåg vi att det var svårt att få tillräckligt med material till vårt ämne. Därför beslöt vi oss för att bredda vår studie och inkludera mera allmänt om kostrådgivning. Det var ändå svårt att hitta forskningar som vi ansåg vara relevanta och användbara för oss. Speciellt svårt var det att söka fram vetenskapliga artiklar om aktuella dieter, detta eftersom ämnet är ganska outforskat. Artikelsökningen var inte så lätt som vi trodde i början, eftersom flertalet forskningar inte fanns tillgängliga i full text eller var avgiftsbelagda. De artiklar som inte var vetenskapligt godkända kunde vi istället läsa för oss själva och på så sätt få en större förförståelse för ämnet.

Vi är nöjda att vi valde att ha intervjuer som insamlingsmetod. Vi tror att vi fick ett mycket bättre material att utgå från än om vi använt oss av till exempel enkäter. Det var intressant och lärorikt att pröva på intervjuteknik. Processen med att kontakta ledande skötare och informanter var ganska utdragen och tog längre tid än vi räknat med, vilket stundvis hindrade oss att ta vårt arbete till nästa fas. Alla intervjuer skedde på lokala dialekter. Både informanterna och respondenterna talar till vardags dialekt, vilket gjorde att det blev en naturligare dialog än om vi använt oss av standardsvenska. Vi är nöjda med det material vi fick från intervjuerna, både mängden och kvaliteten. Tacksamheten över att informanterna tog sig tid att ställa upp är stor.

Redan från studieprocessens början upptäckte vi att de nationella kostrekommendationerna håller på att uppdateras enligt de nya nordiska näringsrekommendationerna som ska publiceras hösten 2013. Till vårt arbete användes den upplaga av Finlands kostrekommendationer som utkom år 2005. Vi skulle gärna ha använt den nya versionen till detta arbete eftersom den eventuellt skulle ha känts mera aktuell och uppdaterad för vårt ämne.

Det var också intressant att se att forskning inom samma ämne kan ha så olika svar. Till exempel tydde en del forskningar om lågkolhydratkost på att det fanns samband mellan dem och risken för att insjukna i bl. a. hjärt- och kärlsjukdomar, medan andra forskningar kom fram till det motsatta. Vi anser att syftet och frågeställningarna i detta examensarbete har blivit klart och tydligt besvarade. Efter att ha avslutat undersökningen samt färdigställt tolkningen och den kritiska granskningen känner skribenterna sig nöjda med arbetet.

- Abrahamsson, L., Andersson, A., Becker, W. & Nilsson, G. (2006). *Näringslära för högskolan*. Ljubljana: Korotan.
- Alfelt, S.(red.) Rössner, S. & Larsson, M. (2009). *Kost och motion*. Finland: WS Bookwell Oy.
- Alligood M., Tomey, A. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. Mosby: St. Louis
- Amigo, I. & Fernández, C. (2007). Effects of diets and their role in weight control. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (3), 321-327.
- Aro, A. (2008). *Dieetit*. Duodecim Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00018&p_teos=skr&p_osio=101&p_selaus= (hämtat: 20.03.2013).
- Bergstrand, M. (2004). *Hälsorådgivande samtal*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011) Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330.
- Brunnberg, M. (2006). *Allt om näringslära*. Stockholm: Fitnessförlaget.
- Denscombe, M. (2010). *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Diabetesförbundet. (2008). *Kostrekommendationer vid diabetes*.
http://www.diabetes.fi/files/713/ruotsRuokavaliosuositus_2009_netti.pdf (hämtat: 14.04.2013).
- Dyson, P. (2008). A review of low and reduced carbohydrate diets and weight loss in type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21, 530-538.
- Eloranta, T., Huomo, M., Virkki, S. & Frilander-Paavilainen, E-L. (2007). TERVEYDEKSI! – onnistuneeseen elintapamuutokseen. *Sairaanhoitaja-Sjuksköterskan*, 3 (80), 20-23.
- Finlands hjärtförbund rf (u.å.). <http://www.sydanliitto.fi/terveellinenruokavalio> (hämtat: 14.04.2013).
- Foster, G., Wyatt, H., Hill, J., Makris, A., Rosenbaum, D., Brill, C., Stein, R., Mohammed, S., Miller, B., Rader, D., Zemel, B., Wadden, T., Tenhave, T., Newcomb, C. & Klein, S. (2010). Weight and metabolic outcomes after 2 years on a low-carbohydrate versus low-fat diet. *Annals of Internal Medicine*, 153 (3), 147-157.
- Fung, T., van Dam, R., Hankinson, S., Stampfe, M., Willett, W. & Hu, F. (2010). Low-carbohydrate diets and all-cause and cause-specific mortality. *Annals of Internal Medicine*, 153 (5), 289-298.
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

- Hallberg, L. (red). (2010). *Hälsa & livsstil – forskning & praktiska tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Holmberg, S. & Thelin, A. (2013). High dairy fat intake related to less central obesity: A male cohort study with 12 years' follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31, 89-84.
- Holme, I. & Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Ihanainen, M., Lehto, M., Lehtovaara, A. & Toponen, T. (2008). *Ravitsemustieto – osaksi ammattitaitoa*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Johansson, G. (2010). Kostråd i vården – en väg kantad av motgångar och möjligheter. *Läkartidningen* 51-52 (107), 3276-3278.
- Johansson, U. (2007). *Näring och hälsa - med speciella hänvisningar till vegetarisk kost*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Koning, L., Fung, T., Liao, X., Chiuve, S., Rimm, E., Willett, W., Spiegelman, D. & Hu, F. (2011). Low-carbohydrate diet scores and risk of type 2 diabetes in men. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 93, 844-850.
- Kesäniemi, A. & Salomaa, V. (2009). *Sepelvaltimotautien ehkäisy*. Terveystietä. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sepelvaltimotauti (hämtat: 19.03.2013).
- Kuninkaanniemi, H., Villberg, J., Vanhala, M., & Poskiparta, M. (2011). Behavior-change interventions in primary care: Influence on nutrition and on the metabolic syndrome definers. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 470-477.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lagiou, P., Sandin, S., Lof, M., Trichopoulos, D., Adami, H-A. & Weiderpass E. (2012). Low carbohydrate-high protein diet and incidence of cardiovascular diseases in Swedish women: prospective cohort study. *British Medical Journal*. (Publicerad 26 Juni 2012).
- Meckling, K., O'sullivan, C. & Saari, D. (2004). Comparison of a low-fat diet to a low-carbohydrate diet on weight loss, body composition, and risk factors for diabetes and cardiovascular disease in free-living, overweight men and women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89 (6), 2717-2723.
- Nikkanen, P. (2012) *Tyypin 2 diabeteksen seurantaa ja ehkäisy*. Terveystietä. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=diabetes (hämtat: 19.03.2013).
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Ljubljana: Korotan.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. Mosby: St. Louis.

- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. Pearsons Education: New Jersey.
- Sacerdote, C., Fiorini, L., Rosato, R., Audenino, M., Valpreda, M. & Vinesi P. (2006). Randomized controlled trial: effect of nutritional counselling in general practice. *International Journal of Epidemiology*, 35, 409-415.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2007). *Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa*. Helsingfors: Universitetsstryckeriet.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2012). *Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt*. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1 (hämtat: 12.04.2013).
- Starrin, B. & Svensson, P. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Statens näringsdelegation. (2005). *Finska näringsrekommendationer - Kost och motion i balans*. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.swe.pdf> (hämtat: 02.04.2013).
- Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus ry. (2013). *Terveystieteiden tutkimuskeskus*. http://www.terveystieteiden tutkimuskeskus.fi/fi/sthl_ry/terveystieteiden tutkimuskeskus (hämtat: 19.03.2013).
- Thomson, C., Stopeck, A., Bea, J., Cussler, E., Nardi, A., Frey, G. & Thompson, P. (2010). Changes in body weight and metabolic indexes in overweight breast cancer survivors enrolled in a randomized trial of low-fat vs. reduced carbohydrate diets. *Nutrition and Cancer*, 62(8), 1142-1152.
- Thompson, D., Chair, S., Chan, S., Astin, F., Davidson, P. & Ski, C. (2010). Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health?. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1236-1244.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Uusitupa, M., Louheranta, A., Lindström, J., Valle, T., Sundvall, J., Eriksson, J. & Tuomiheto, J. (2000) The Finnish Diabetes Prevention Study. *British Journal of Nutrition*, 83, 137-142.
- Yrkeshögskolan Novia. (2013). *Hälsovård*. <http://www.novia.fi/utbildning/social-halso-och-idrottsomradet/ward-abo/halsovard-abo/> (hämtat: 19.03.2013).
- Walseth, L., Abildsnes, E. & Schei, E. (2011). Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29, 99-103.

Finlands författningssamling

- Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326. www.finlex.fi (hämtat: 19.03.2013).
- Lag om företagshälsovård 21.12.2001/1383. www.finlex.fi (hämtat: 19.03.2013).

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994. www.finlex.fi (hämtat: 19.03.2013).

BILAGA 1/4

EXEMPEL PÅ ETT GODKÄNNANDE AV LEDANDE SKÖTARE

		Ansökan om tillstånd för lärdomsprov	
		04 / 04 20 13	
Enhet			
Avdelning, poliklinik, distriktsmottagning			
Studerande			
Namn		1) Linn Andersson 2) Ida Sandin	
Adress		1) 2)	
Telefon		1) 2)	
Utbildning			
Läroanstalt		Yrkeshögskolan Novia, Vasa	
Utbildning		Hälsovård	
Handledare		Marie Hjortell	
Ansvarsperson vid social- och hälsovårdsverket			
Namn			
Undersökning/forskning			
Namn		Hälsovårdarens roll i kostrådgivning	
Syfte		Kartlägga hälsovårdarens roll i kostrådgivning samt förhållningssätt till dieter.	
Målgruppens storlek			
Metod för insamling av uppgifter		Semi-strukturerade intervjuer som bandas in och transkriberas sedan till text.	
Analysmetod		Kvalitativ innehållsanalys	
Tidpunkt för insamling av uppgifter		April-Maj 2013	
Undersökningen beräknas vara slutförd		November 2013	
Tillstånd för forskningsuppgift/undersökning			
Beviljas enligt anhållan		<input checked="" type="checkbox"/>	Ansökan förkastas <input type="checkbox"/>
Beviljas med följande korrigeringar		<input type="checkbox"/>	
Underskrift			
Ort och datum		4.4.2013	
Överskötare			

BILAGA 2/4

BREV TILL INFORMANTERNA

Bästa hälsovårdare,

Vi är två hälsovårdarstuderanden från Yrkeshögskolan Novia i Vasa som håller på med vårt examensarbete. Studien hör till ett projekt vid namn "Välfärdssjukdomar i Finland – kan vi förebygga, lindra och bota?", som genomförs i samarbete med Yrkeshögskolan Novia och en österbottnisk kommuns hälsovårdscentral. Syftet med vår studie är att kartlägga hur kostrådgivning inom vuxnas hälsovård ser ut idag. Vi är intresserade av att ta reda på hur ofta samt på vilket sätt dieter kommer på tal i hälsorådgivning. Med studien vill vi även få fram hur man som hälsovårdare förhåller sig till dieter i sin kostrådgivning.

Vi kommer att genomföra intervjuer med hälsovårdare i Österbotten. Vi hoppas att Ni vill ställa upp på en intervju för att hjälpa oss att få svar på våra frågor. Intervjuerna kommer att bandas in för transkribering och analys. Vi vill poängtera att deltagandet är frivilligt och vi garanterar en anonymitet. Materialet som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt under hela processen.

Vårt arbete beräknas bli klart hösten 2013 och för att hinna med i processen önskar vi genomföra intervjuerna inom maj månad.

De frågeställningar som vi lagt upp är följande:

1. På vad baserar sig de kostråd som ges åt vuxna inom hälsovården?
2. På vilket sätt och hur ofta tas populära dieter upp i hälsorådgivningen?
3. Hur förhåller sig hälsovårdare till dieter i sitt arbete?

Med vänliga hälsningar,

Linn Andersson

[Redacted signature]

e-post: linn.andersson@novia.fi

Ida Sandin

[Redacted signature]

e-post: ida.sandin@novia.fi

Handledande lärare:

Marie Hjortell

e-post: marie.hjortell@novia.fi

BILAGA 3/4

INTERVJUGUIDE

Intervjuguide till ”Hälsovårdarens roll i kostrådgivning”

Bakgrund:

- Vill du beskriva hur ditt arbete som hälsovårdare ser ut, vilka är dina arbetsuppgifter under en dag?
- Dina klienter, i vilken åldersgrupp är de och av vilka orsaker kommer de till din mottagning?
- Hur länge har du arbetat inom hälsovårdsbranschen och när började du arbeta med de här arbetsuppgifterna?

Kostrådgivning:

- Kan du berätta om hur ofta kostrådgivning diskuteras i ditt arbete, sker det exempelvis dagligen är det mera sällan?
- När kostrådgivning kommer på tal, är det klienter eller du som hälsovårdare som tar initiativ till diskussionen?
- Ifall det är klienten som tar initiativ till diskussionen, kan du ge exempel på vad klienter ställer för frågor kring kost och dieter?
- Om det oftast är du som hälsovårdare som tar upp kost- och dietfrågor, vad kan då vara orsak till att ämnet tas upp med klienten?
- Vad har du som hälsovårdare för utgångspunkt i kostrådgivningsarbetet, vilken bakgrundsfakta ligger bakom rådgivningen? Kostrådgivning sker individuellt till alla klienter. Vi är intresserade av att veta vad man beaktar vid en kostrådgivningssituation, hur man anpassar kostrådgivningen individuellt?
- Bantningsdieter och dieter som förespråkar ett hälsosamt liv blir allt vanligare i dagens läge. Vilka dieter har du i ditt arbete stött på, finns det vissa dieter som är mera populär än andra? Vi undrar, hur kan man som hälsovårdare förhålla sig till olika dieter i sin kostrådgivning – är dieter negativa eller positiva?

Tack för att du ville svara på frågorna!

BILAGA 4/4

RESULTATANALYS

Huvudkategori	Kategori	Underkategori
Grunden för kostrådgivning	Nationella direktiv	Kostpyramiden
		Tallriksmodellen
	Olika förbunds rekommendationer	Diabetesförbundet
		Hjärtförbundet
Kostrådgivning i hälsovårdarens arbete	Förekomst av kostrådgivning	
	Initiativtagande till diskussion av kost och dieter	
	Förebyggande av folksjukdomar med kostrådgivning	
	Dieter som tas upp i en hälsovårdarens kostrådgivning	
	Hälsovårdarens egna kostråd	
	Arbetsmetoder inom kostrådgivning	Motiverande samtal
		Kostdagbok
		Gruppverksamhet
	Klienters frågor om kost och dieter	
Hälsovårdarens förhållnings-sätt till dieter i kostrådgivning	Diet som start på ny livsstil	
	Negativt - positivt förhållningssätt	
	Klientens egna beslut	

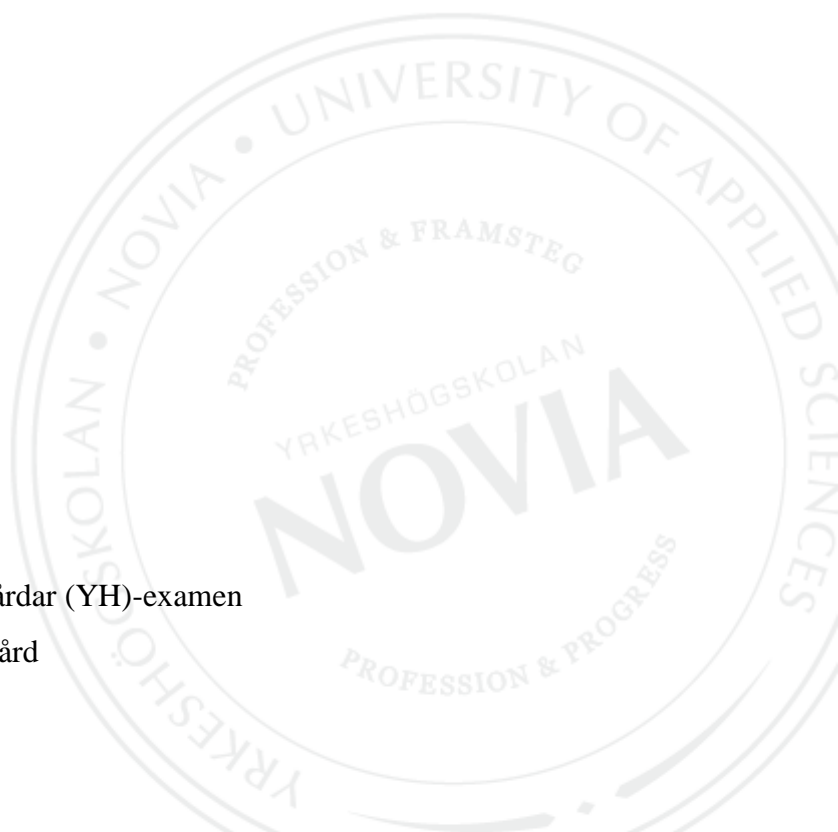
Utvecklingsarbete: Kostrådgivning och dieter

- **Läro- och undervisningsmaterial för lärare och studerande på Yrkeshögskolan Nova**

Linn Andersson

Ida Sandin

Utvecklingsarbete för hälsovårdar (YH)-examen
Utbildningsprogrammet för vård
Vasa 2014



Utvecklingsarbete

Författare:	Linn Andersson & Ida Sandin
Utbildningsprogram och ort:	Vård, Vasa
Inriktningsalternativ:	Hälsovård
Handledare:	Marie Hjortell

Titel: Kostrådgivning och dieter – Läro- och undervisningsmaterial för lärare och studerande på Yrkeshögskolan Novia

Datum: Våren 2014

Sidantal: 6

Bilagor: 1

Sammanfattning

Detta utvecklingsarbete grundar sig på vårt examensarbete *"När dieter utmanar kostrådgivningen - En kvalitativ studie om hälsovårdarens arbete med kostrådgivning samt förhållningssätt till dieter"* (Andersson & Sandin, 2013). I examensarbetet kom vi fram till att en hälsovårdare behandlar kostfrågor i de flesta klientkontakter. I utbildningen till hälsovårdare saknas undervisning inom detta område och vi anser att man borde få möjlighet att lära sig mera om detta under studietiden.

Syftet med detta utvecklingsarbete är att lärare på Yrkeshögskolan Novia i Vasa skall få tillgång till material om kostrådgivning och olika aktuella dieter, samt att vårdstuderande skall få möjlighet att skaffa sig mera kunskap om ämnet. För att syftet skall uppnås skapas undervisnings- och läromaterial som finns tillgängligt på läroplattformen Moodle.

Resultatet av vårt utvecklingsarbete är ett utarbetat material som kan användas av både lärare i undervisningen eller av studerande som självstudiematerial. Materialet finns tillgängligt på högskolans lärplattform Moodle och är indelat i kapitel såsom kost, dieter och arbetsmetoder inom kostrådgivning. Inom dessa kapitel hittas material om kostrekommendationer, fakta om aktuella viktminskningsdieter och hur man som hälsovårdare kan förhålla sig till dieter i sitt arbete samt vilka arbetsmetoder och -verktyg man kan ha nytta av i kostrådgivningssituationer. Materialet bygger på textdokument, Power Point-presentationer, vidarelänkar till litteraturtips samt andra nätsidor. Vi har även valt att ha med frågor och påståenden om de olika ämnena som man t.ex. kan använda som underlag för diskussion i undervisningen.

Arbetet är inte utformat att avläggas som en kurs, utan som en samling material vilket kan användas av lärare som tillägg till andra kurser, endera som helhet eller endast utvalda delar. Lärare kan även ge studerande tillgång till materialet för att de själva skall få skaffa sig kunskap om ämnet. Vi rekommenderar att studerande har förkunskaper inom näringslära, vilket fås i grundutbildningen. Materialet är speciellt utformat för hälsovårdsstuderande som påbörjat sin inriktning men det är även tänkt att andra intresserade vårdstuderande skall kunna ta till sig av materialet. Eftersom det ständigt görs nya forskningar kunde det vara skäl att uppdatera kursmaterialet med jämna mellanrum. Hur en eventuell uppdatering skulle ske är ännu inte planerad.

Språk: Svenska

Nyckelord: Kostrådgivning, diet, undervisningsmaterial

Development project

Author:	Linn Andersson & Ida Sandin
Degree Programme and location:	Health Care, Vasa
Specialization:	Public Health Nursing
Supervisor:	Marie Hjortell

Title: Nutritional counselling and diets – Teaching and learning material for teachers and students at Novia University of Applied Science

Date: Spring 2014	Number of pages: 6	Appendices: 1
-------------------	--------------------	---------------

Summary

This expert knowledge project is based on our bachelor's thesis "*When diets challenge diet counselling – a qualitative study of public health nurses' nutritional counselling and their attitudes to diets*" (Andersson & Sandin, 2013). In the bachelor's thesis we concluded that public health nurses deal with questions about nutrition in most of their client contacts. The public health nurse education does not have any courses about nutritional counselling or diets. We think that students should be given the possibility to learn more about this subject during their education.

The purpose of this expert knowledge study is that teachers at Novia University of Applied Science in Vasa get access to material about nutritional counselling and popular diets so that the students will get the opportunity to gain more knowledge in this area. Therefore we have created teaching and learning material that is available on the educational platform Moodle.

The result from our expert knowledge study is a material that can be used by both teachers and students. It is available at Novia's educational platform Moodle. The material is divided in three different categories; diet, weight loss diets and different kind of working methods that are useful in nutritional counselling. These chapters contain information about nutrition recommendations, popular weight loss diets and what line you, as a public health nurse can take to popular diets in your counselling. You can also find information about different kind of useful tools and working methods that can be used in nutritional counselling. The material consists of text documents, Power Point presentations, links to webpages and literature tips. We have also

included questions and statement about the topics and they can be used as foundation for discussion in class.

Our work is not designed to be a graded course, but a collection of material that can be used by teachers as a supplement to other courses, either as a whole or only selected parts. Teachers can also give students access to the material for individual studies. We recommend that students have basic knowledge of nutrition, which they get in their undergraduate studies. The material is especially designed for public health care students who have begun their direction studies but it is also contemplated that other interested nursing students could find the material useful. Since new researches are constantly made, the material could periodically be updated. We have not yet a solution for how the update of the material could be carried out.

Language: Swedish

Key words: nutritional counselling, diets, teaching material

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	Error! Bookmark not defined.
2	Syfte	8
3	Processbeskrivning/metodbeskrivning.....	8
3.1	Undervisning via lärplattform.....	8
3.2	Att bestämma målgruppen	9
3.3	Att bestämma materialets innehåll	10
4	Kritisk granskning och diskussion av produkten/utvecklingsarbetet.....	11

Källförteckning

Bilagor

1 Inledning

Kostrådgivning är en del i hälsovårdarens arbete. Många hälsovårdare behandlar kostfrågor nästan dagligen och de behöver ha en uppdaterad kunskap i ämnet. Kost är något som är aktuellt och det är ett samtalsämne som är väldigt på tapeten i dagens samhälle. Nu finns även en mängd olika bantningsdieter som många klienter väljer att följa, och hälsovårdaren behöver då ha kunskap om dessa dieter och hur man ska förhålla sig till dessa i sitt arbete.

Detta utvecklingsarbete bygger på vårt examensarbete *När dieter utmanar kostrådgivningen - En kvalitativ studie om hälsovårdarens arbete med kostrådgivning samt förhållningssätt till dieter* (Andersson & Sandin, 2013). Till arbetet intervjuade vi sju hälsovårdare om deras arbete med kostrådgivning och även om deras inställning till olika aktuella dieter. I det arbetet framkom bland annat att hälsovårdare ofta känner att de har för lite kunskap inom området kost och dieter. Vid framförandet av examensarbetet framkom det även att det kunde läras ut mer om just kostrådgivning och dieter i utbildningen inom hälsovård.

Vi blev då inspirerade att utforma ett läromaterial om kostrådgivning och dieter för studerande, och det resulterade i en samling material som kommer att finnas på lärplattformen Moodle.

2 Syfte

Syftet med detta utvecklingsarbete är att lärare på Yrkeshögskolan Novia i Vasa skall få tillgång till material om kostrådgivning och olika aktuella dieter, samt att vårdstuderande skall få möjlighet att skaffa sig mera kunskap om ämnet. För att syftet skall uppnås skapas undervisnings- och läromaterial som finns tillgängligt på läroplattformen Moodle.

3 Processbeskrivning/metodbeskrivning

Detta utvecklingsarbete har resulterat i läro- och undervisningsmaterial för vårdstuderande och lärare på Yrkehögskolan Novia i Vasa. Läromedlet finns tillgängligt på högskolans lärplattform Moodle och består av textdokument med faktakunskaper, tillhörande Power Point-presentationer som kan brukas vid en föreläsning, samt relaterade diskussionsämnen som föreläsaren skall kunna använda sig av under lektioner i klass. Tanken är att lärare inom t.ex. hälsovårdsutbildningen skall kunna använda sig av materialet i sina kurser, antingen som helhet eller endast några utvalda delar av det. Föreläsaren väljer också hur han/hon delar ut materialet till sina studerande eftersom materialet kan gås igenom i klass eller läsas in på egen hand.

3.1 Undervisning via lärplattform

Utbildning som sker via Internet förekommer oftast via en lärplattform, såsom Moodle. En lärplattform kan förklaras som ett virtuellt klassrum på nätet. Fördelarna med att använda sig av lärplattformar är att studerande har tillgång till kursmaterialet efter att ha fått sina inloggningsuppgifter. Materialet kan formas och organiseras på olika sätt, t.ex. texter, filmer, bilder eller vidare länkar till övriga nätplatser. Studerande kan då också ta till sig informationen på det sätt som ger bäst inlärningsresultat. I och med denna typ av undervisning sparas tid när kursmaterial inte längre behöver kopieras och delas ut personligen åt kursdeltagarna. Läraren kan sätta ut all information om kursen på plattformen samt svara på eventuella frågor från studerande. Studerandena kan således enkelt kommunicera med sin lärare genom diskussionsforum. Hela kursen, med allt material finns samlat på ett och samma ställe genom denna lärplattform. (Hrastinski, 2009, s. 41; Cela, u.å.). Även Horton (2000, s. 52) nämner liknande fördelar med denna typ av

läroverktyg. Trots många positiva aspekter finns även nackdelar med att använda sig av webbaserade läroverktyg. Det krävs ofta rätt mycket arbete och engagering av den person som ställer samman och lägger layouten för kursen. Studerande bör vara motiverade för att på egen hand ta till sig informationen samt att de ibland saknar den direkta kontakten, ansikte mot ansikte, med läraren. Dock visar jämförelseresultat att nätbaserad undervisning har samma effektivitet som en vanlig föreläsning i klass, ibland också bättre. (Horton, 2000, s. 52.).

3.2 Att bestämma målgruppen

Innan materialet för en kurs kan skapas bör man göra ett förarbete genom att ta reda på vilka mottagarna är, i detta fall kursdeltagare. Man bör se över vilka förkunskaper de har om det tänkta ämnet för att de skall uppfatta och förstå undervisningsmaterialet, samt ifall förkunskaperna är de samma inom gruppen eller om det är stor spridning på deltagarnas kunskapsnivå. Andra frågor som bör tänkas över när det handlar om informationsmottagarna är varför just de skall läsa detta kursmaterial, vilket behov de har av detta ämne, vad de kommer att ta till sig av och använda det till samt hur stor deras intresse och motivation är – är de tvingade att ta del av materialet eller sker det på frivillig basis. Har man noggrant tänkt igenom dessa frågor på förhand är chansen större att kunna förmedla ett material med lämpligt innehåll i en praktisk form. (Bolstad, 1998, s. 15-16).

Till detta utvecklingsarbete uppgjordes en edukandanalys för att få ett grepp om vem som kommer att ta del av läromaterialet. Eftersom materialet handlar om kostrådgivning och bantningsdieter har vi som tanke att det är vårdstuderande, främst hälsovårdarstuderande, som kommer att vara våra mottagare av informationen. Som hälsovårdare kommer man ofta i kontakt med kostdiskussioner och kostrådgivningssituationer och därför behövs kunskap inom ämnet. Även övrig vårdpersonal kan komma i kontakt med liknande situationer och därför vill vi också att materialet skall vara tillgängliga för andra intresserade vårdstuderande. I grundutbildningen ingår näringslära som en del av kursen Vårdens grunder. Vi rekommenderar att man har den kursen som förkunskap, eftersom vi i vårt material inte behandlar mer ingående fakta om t.ex. fetter och proteiner. Därför lämpar sig detta material för de studerande som gått något år på sin utbildning och hunnit skaffa sig grundkunskaper inom ämnet. Hälsovårdstuderande kan ta del av materialet efter att inriktningen påbörjat.

3.3 Att bestämma materialets innehåll

Förutom att fundera över vilken målgrupp man kommer att ha skall även materialets innehåll planeras noggrant. Vad det är som skall förmedlas med ens material kan verka självklart för den som planerar kursen. Trots allt finns det frågor som är viktiga att tänka över. Vad är väsentligt och vad är mindre viktigt, hur stor mängd material skall finnas med, på vilken nivå skall materialet vara på, vilket urval av utgångsmaterial bör göras och i vilken form skall materialet presenteras? (Bolstad, 1998, s. 16)

Det kan vara svårt att bestämma mängden på det material som skall finnas med. Detta eftersom förmedlaren ofta är insatt i ämnet från tidigare och känner till en mängd detaljer inom området. Därför kan det vara problematiskt att dra ner mängden material när man kan tycka att allt är viktigt och bör finnas med. För mycket material påverkar studerandes inläring, eftersom tempot i genomgången är allt för hög för kursdeltagarna. För att få svar på vilket material som skall finnas med kan undervisaren ställa upp kursens mål. Vad vill man att kursdeltagarna skall få ut av detta material? Svaret kanske inte är att man skall gå igenom allt material med studerandena, utan svaret på frågan bör istället vara att målgruppen ska veta, känna till, kunna använda det material som man presenterar. Genom att ha den tanken i bakhuvudet kan man lättare anpassa sitt material, med rätt innehåll och rätt undervisningsform för målgruppen. (Bolstad, 1998, s. 82, 89-90).

Läro- och undervisningsmaterialet som utgör detta utvecklingsarbete innehåller faktakunskaper om kostrådgivning och olika populära viktminskningsdieter. I vårt examensarbete behandlades samma ämne men i formen av en kvalitativ studie. När materialet valts ut har vi utgått från resultatet och vad som kommit fram som saknade kunskapsområden hos hälsovårdsstuderande. Materialet är uppbyggt av olika kapitel, som kost, dieter och arbetsmetoder inom kostrådgivning för att lärare och studerande lättare skall kunna plocka utvalda delar av materialet. Under kapitlet om kost behandlas de kostrekommendationer som finns tillgängliga i Finland samt hur man kan förebygga folksjukdomar genom kosthållning. I kapitlet om dieter kan man läsa om flera av de mest vanliga viktreduceringsdieter som kan stötas på när man är i kontakt med kostrådgivning. Här finns även skrivet om hur man som hälsovårdare skall kunna förhålla sig till dessa bantningsdieter i sin kostrådgivning. Det sistnämnda ämnet är taget från examensarbetets resultatdel, utifrån intervjuer med hälsovårdare som arbetar med kostrådgivning. I det sista kapitlet i kursmaterialet har vi skribenter valt att ta med olika arbetsmetoder som man kan använda sig av som kostrådgivare. Det handlar om

motiverande samtal, kostdagbok och gruppverksamhet. Även dessa ämnen är sådant som kom fram som användbara metoder i examensarbetets resultatdel.

Förutom faktakunskap om de olika områdena har vi även valt att ha med frågor och funderingar om ämnet som är tänkta att lägga grund för diskussion ifall materialet väljs att användas i klass. Materialet som behandlar kostrådgivning och dieter är utformat för att kunna råda vuxna personer i kostfrågor. Vi valde att inte behandla barns eller åldringars kost desto mer, utan ville fokusera på kosten för människor i arbetsför ålder. I detta utvecklingsarbete har vi också valt att specificera dieter med endast viktreduceringsdieter, inte de dieter som man följer av sjukdoms- eller allergiska orsaker, såsom gluten- eller laktosintolerans.

4 Kritisk granskning och diskussion av produkten/utvecklingsarbetet

Tanken med utvecklingsarbetet var att studerande ska ha möjlighet att få mer kunskap om kostrådgivning och olika aktuella dieter. Vi har strävat till att bygga upp materialet i tydliga kategorier och med en tydlig struktur. Eftersom det inte är en hel kurs som man kan avlägga, utan endast material som man fritt kan välja bland beroende på vad man vill lära sig mer om eller lära ut i klass, så har vi valt en enkel design med rubriker som tydligt förklarar vad dokumenten handlar om. Materialet ska vara enkelt för lärare att använda och vi har gjort färdiga Power Point-presentationer till textdokumenten som kan användas i undervisningen.

En sak som kunde kännas lite knepigt var att veta hur vi skulle begränsa materialet och hur mycket vi skulle skriva inom alla olika kategorier. Vi ville ha lite mer än bara grundläggande information och vi har även valt att ha med praktiska exempel på många ställen. Då vi utformade materialet tänkte vi mycket på vad vi själva som hälsovårdsstuderande skulle ha velat lära oss mer om i utbildningen. Med det som grundtanke tycker vi att vi har fått ett material som är mångsidigt och användbart speciellt för hälsovårdsstuderande. Med det material vi arbetat ihop kan vi konstatera att studerande kan utöka sin kunskap inom området och lärarna har material som de kan använda i sin undervisning. Det kunde även vara till nytta för hälsovårdare ute på fältet som känner att de behöver mera kunskap om kostrådgivning och dieter.

Eftersom ingen prövat vårt material i undervisningen kan vi inte i nuläget säga hur användbart det är i praktiken och vilka eventuella brister det har. Förslagsvis kunde man låta elever och lärare som använt materialet på något sätt utvärdera materialet för att få fram eventuella brister som kunde åtgärdas samt få reda på ifall det är något som saknas i materialet. Eftersom det ständigt görs nya forskningar kunde det vara skäl att uppdatera kursmaterialet med jämna mellanrum. Hur en eventuell uppdatering skulle ske är ännu inte planerad. Vi är nöjda med vårt material och hoppas att det kommer att användas flitigt av både lärare och studerande på Yrkeshögskolan Novia, eftersom vi anser att det behandlar en viktig del inom hälsoarbetet.

Källförteckning

Andersson, L. & Sandin, I. (2013). *När dieter utmanar kostrådgivningen - En kvalitativ studie om hälsovårdarens arbete med kostrådgivning samt förhållningssätt till dieter.*

Bolstad, A. (1998). Handbok i lärande – *Hur du lär ut för att andra ska lära in.* Lund: Studentlitteratur.

Cela, Colloborative e-learning arena. (u.å). *Lärplattformar.*
<http://www.celainfo.se/index.269-1.html>. (hämtat: 19.02.2014).

Horton, W. (2000). *Designing Web-Based Training.* John Wiley & Sons, Inc: United States of America.

Hrastinski, S. (2009). *Nätbaserad utbildning – en introduktion.* Lund: Studentlitteratur.

Hem ► Mina kurser ► Social- och Hälsovård ► Vasa ► Hälsovård ► UA

Inställningar

- Administration av kurs
 - Aktivera redigering
 - Redigera inställningar
 - Användare
 - Betyg
 - Säkerhetskopiering
 - Återställ
 - Importera
 - Återställ
 - Frågebank
- Byt roll till...
- Inställningar för min profil



News forum

Kost

- Finlands näringsrekommendationer
- Finlands näringsrekommendationer- PowerPoint
- Finlands näringsrekommendationer 2014
- Förebygga folksjukdom genom kostval
- Förebyggande av folksjukdomar genom kostval - PowerPoint
- Diskussionstrågor om kost

Dieter

- Allmänt om dieter
- Allmänt om dieter - PowerPoint
- Fakta om bantningsdieter
- 5:2 dieten
- Dokumentär: Eat, Fast & Live Longer
- Atkins
- Cambridge
- Dukan dieten
- GI-metoden
- ISO dieten
- LCHF
- LCHQ
- Medelhavsdieten
- Raw Food
- Stenålderskost (Paleo)
- Viktväktarna
- Hur förhålla sig till dieter som hälsovårdare?
- Förhållningssätt till dieter - PowerPoint
- Diskussionstrågor om dieter
- Vart försvann tallriksmodellen
- Insändare i VBL 18.09.2013
- Finländare har förlorat rädslan för fett
- Artikel i Vasabladet, 08.02.2014

Arbetsmetoder inom kostrådgivning

- Motivation och motiverande samtal
- Motivation och motiverande samtal - PowerPoint
- Transteoretiska modellen
- Den transteoretiska modellen - PowerPoint
- Kostdagbok
- Kostdagbok - PowerPoint
- Exempel på en kostdagbok
- Gruppverksamhet
- Gruppverksamhet - PowerPoint
- Diskussionstrågor om arbetsmetoder

Finlands nationella näringsrekommendationer

I Finland följs de nationella kostrekommendationerna som har kommit ut 1987, 1998, 2005 och nu den nyaste upplagan 2014. De baserar sig på de nordiska näringsrekommendationerna som utvecklas från vetenskapliga forskningsresultat och inriktar sig till olika åldersgrupper bland befolkningen. Vid framställningen av kostråden beaktas finländarnas matkultur och matvanor. I den nyaste versionen av Finlands näringsrekommendationer har man haft tyngdpunkten på att en hälsofrämjande kost som helhet.

Rekommendationerna är utvecklade för människor som motionerar regelbundet och de är inte individuellt anpassade. De lämpar sig ofta även för personer som lider av diabetes eller hjärt- och kärlsjukdomar. Flera förbund använder sig av de nationella näringsrekommendationerna som grund till sina kostråd, som t.ex. diabetes- och hjärtförbundet i Finland. De personer som dock lider av någon störning i upptagningsförmågan av näringsämnen kan inte fullt tillämpa rekommendationerna.

Syftet med de nationella kostrekommendationerna är att förbättra finländarnas hälsa och minska förekomsten av folksjukdomar och folkhälsoproblem, d.v.s. högt blodtryck, övervikt, diabetes typ 2 samt olika hjärt- och kärlsjukdomar. Statens näringsdelegation styrker att rätt val av mat även berör den hållbara utvecklingen. Att gå ner i vikt kräver ett lägre energiintag än vad som rekommenderas i näringsrekommendationerna. Den som fått en önskad vikttnedgång kan då istället använda sig av kostrekommendationerna när trivselvikten är nådd, för att behålla den vikten.

Näringsrekommendationernas innehåll

En hälsofrämjande kost innehåller rikligt med produkter från växtriket, såsom grönsaker, bär, frukter, baljväxter och fullkornsprodukter. Kosten innehåller även fisk, vegetabiliska oljor, nötter och svampar samt mjölkprodukter med låg fetthalt eller helt fettfria produkter. Det finns övertygande forskningsresultat om att produkter från växtriket, främst oljor som fås från vegetabilier och fisk, minskar risken att insjukna i diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck samt vissa typer av cancer. En kost som består av mycket köttprodukter och speciellt rött kött samt livsmedel med lägre halter av vitaminer,

mineraler, fiber och istället rikligt med tillsatt socker, mättade fetter och salt, höjer risken att insjukna i folksjukdomarna.

Enskilda livsmedel varken främjar eller påverkar negativt hälsan, utan det är kostens helhet som är av betydelse. En varierad och balanserad kost enligt rekommendationerna täcker i regel de nödvändiga näringsämnen och behov av kosttillskott är då inte nödvändigt.

För att främja befolkningens hälsa krävs det att finländarna skall:

- Minska på energitätheten i kosten, genom att tillsätta produkter med mera näringsämnen samt att förbättra på kolhydraternas kvalitet från ljust spannmål till mera fiberrikt. Energitäta produkter är bl.a. fett- och sockerrika produkter. Det rekommenderas att intaget av grönsaker, rotfrukter, bär och frukt är ett halvt kilo per dag, till skillnad från det tidigare rekommenderade 400 gram.
- Använda fett av omättad sort i matlagningen och de mättade fetterna skall därmed minskas. Omättade fetter hittas i vegetabiliska oljor, nötter, svampar samt fisk. Mjolkprodukter rekommenderas att byta ut till fettfria produkter eller de med en lägre fetthalt, för att förbättra fettets kvalitet
- Minska användningen av köttprodukter och rött kött genom att istället öka användningen av kött från fjäderfä. Fettet i kosten blir därmed av bättre kvalitet och energitätheten minskar.

Köttprodukter: Olika typer av processat kött, såsom korv och pålägg. De innehåller förutom kött även ofta salt och tillsatsämnen.

Rött kött: Nöt-, gris- och lammkött.

Kött av vilt, såsom ren- och älgkött, har inte undersökts tillräckligt för att kunna fastställa användningen av det och hur det påverkar hälsan.

- Dra ner på saltmängden i livsmedel och i matlagningen. Det största saltintaget fås från industriellt tillverkade livsmedel samt från den föda som intas utanför hemmet. Man bör välja livsmedel med ett lägre saltintag samt begränsa mängden salt i sin matlagning. Hälsoeffekterna skulle vara ännu bättre ifall livsmedelsföretagen och –tillverkarna ytterligare skulle minska mängden salt i sina produkter, i synnerhet bröd, köttprodukter och färdigmat.

Öka intag av	Byt ut	Minska intag av
Grönsaker (spec. rotfrukter) Baljväxter (ärter, bönor, linser)	Ljusa spannmålsprodukter → Fullkorsprodukter	Köttprodukter Rött kött
Bär Frukt	Smör, smörinnehållande bredbara pålägg → Vegetabiliska oljor, bredbara pålägg av vegetabiliska pålägg	Drycker och mat med tillsatt socker
Fisk Skaldjur	Mjölk med fett i → Mjölk med låg fetthalt/ fettfri mjölk	Salt
Nötter Frön		Alkohol drycker

Källa: Statens Näringsdelegation, 2014. Svensk översättning av Tabell 2 (sid 18).

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuosituksset_2014_fi_web.pdf

Kostpyramiden och tallriksmodellen

En ny kostpyramid och tallriksmodell har skapats med nya näringsspecifika rekommendationer, främst p.g.a. nya forskningsrön. Kostpyramiden som utformats hjälper en med uppställningen av en hälsofrämjande kost. I triangelns bas ligger de näringskällorna som utgör grunden för en daglig kost. Högre upp i modellen finns de livsmedel som inte hör till den dagliga användningen inom en hälsofrämjande kost.



Tallriksmodellen visar det samma som kostpyramiden, men för den enskilda måltidens sammansättning. Halva tallriken fylls med grönsaker och vegetabiliskt framställda dressingar. En fjärdedel av måltiden består av potatis, fullkornspasta eller andra fullkornsprodukter. Den sista fjärdedelen blir kvar åt någon fisk-, kött- eller äggrätt. Vid en vegetarisk kost utgörs den sista fjärdedelen av baljväxter, nötter och svamp. Som måltidsdryck rekommenderas fettfri mjölk eller surmjölk och som törstsläckare dricks vatten. Förutom maten på tallriken hör även fullkornsbröd, med vegetabiliskt matfett till måltiden. Som efterrätt passar bär eller frukter.



Bildkälla:

Svenska lantbruksproducenternas
centralförbund, 2014
http://www.slc.fi/nyheter_show.asp?ID=1660

En regelbunden måltidsrytm

Det är bra att dagligen inta regelbundna och hälsosamma måltider, såsom frukost, lunch och middag, samt vid behov 1-2 mellanmål. Måltidsvanorna och mattiderna påverkas till stor del av kulturella och individuella skillnader. En regelbunden måltidsrytm håller blodsockernivån jämn, dämpar hungerskänslan och förebygger karies i tänderna. Det hjälper således till att undvika småätandet mellan måltiderna. Regelbundna måltider stöder också en viktkontroll.

Det är av stor vikt att bli van med regelbunden måltidsrytm redan som barn. Lärdomarna man fått som ung lägger grunden för en balanserad kost även i vuxen ålder. Barn kan inte äta lika stora portioner som en vuxen. De kan heller inte dra nytta av kroppens energiförråd på samma sätt som vuxna människor kan. Därför är det nödvändigt att energiintaget delas upp på huvud- och mellanmål med en jämnare rytm än för vuxna. För åldringar är det även nödvändigt med ett regelbundet måltidsintag, eftersom de kanske inte orkar äta stora portioner på en och samma gång, i synnerhet om matlusten är dålig. Måltiderna bör delas upp jämt över hela dagen och nattfastandet rekommenderas inte att överstiga 11 timmar.

Att arbeta med skiftetider i arbetsför ålder påverkar ätandet. Regelbundna, hälsosamma måltider och mellanmål förebygger hälsoriskerna som skiftesarbete medför, såsom magbesvär, trötthet, övervikt samt hjärt- och kärlsjukdomar. Nattskiften påverkar mest måltidernas tidpunkt. Efter ett nattskifte äts frukosten efter dagsömnen och lunchen intas vid den tidpunkt när det är aktuellt för middag. Mellanmål äts innan nattskiftet påbörjas. Under nattens gång dricks kaffe och andra koffeininnehållande drycker, för att lättare hållas vaken. En lättare måltid äts eventuellt kring midnatt och mot morgonen äts ett mellanmål när tröttheten är som mest tagbar. Ännu ett mellanmål kan intas innan man går och lägger sig på dagen. På ett nattskifte bör man undvika energirika måltider och mellanmål, eftersom de orsakar trötthet och lindriga magbesvär.



Bildexempel på regelbunden måltidsrytm.

Källa: Statens näringsdelegation, 2014

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuosituks_2014_fi_web.pdf

Finlands nationella näringsrekommendationer

L. Andersson & I. Sandin 2014

- I Finland finns nationella kostrekommendationer och den nyaste upplagan utkom i början av 2014.
- De baserar sig på de nordiska näringsrekommendationerna som utvecklas från vetenskapliga forskningsresultat och inriktar sig till olika åldersgrupper bland befolkningen.
- Vid framställningen av kostråden beaktas finländarnas matkultur och matvanor.
- I den nyaste versionen av Finlands näringsrekommendationer har man haft tyngdpunkten på helheten i en hälsofrämjande kost.

L. Andersson & I. Sandin 2014

För vem?

- Rekommendationerna är utvecklade för människor som motionerar regelbundet och de är inte individuellt anpassade.
- De lämpar sig ofta även för personer som lider av diabetes eller hjärt- och kärlsjukdomar. Flera förbund använder sig av de nationella näringsrekommendationerna som grund till sina kostråd, som t.ex. diabetes- och hjärtförbundet i Finland.
- De personer som dock lider av någon störning i upptagningsförmågan av näringsämnen kan inte fullt tillämpa rekommendationerna.
- Att gå ner i vikt kräver ett lägre energiintag än vad som rekommenderas i näringsrekommendationerna.
- Den som fått en önskad vikttnedgång kan då istället använda sig av kostrekommendationerna när trivselvikten är nådd, för att behålla den vikten.

Syfte

- Förbättra finländamas hälsa och minska förekomsten av folksjukdomar och folkhälsoproblem, d.v.s. högt blodtryck, övervikt, diabetes typ 2 samt olika hjärt- och kärlsjukdomar.
- Statens näringsdelegation styrker att rätt val av mat även berör den hållbara utvecklingen.

Näringsrekommendationernas innehåll

- En hälsofrämjande kost innehåller rikligt med produkter från växtriket, såsom:
 - grönsaker
 - bär
 - frukter
 - baljväxter och
 - fullkornsprodukter
- Kosten innehåller även
 - fisk
 - vegetabiliska oljor
 - nötter
 - svampar
 - mjölkprodukter, med låg fetthalt eller helt fettfria produkter

- Det finns övertygande forskningsresultat om att produkter från växtriket, främst oljor som fås från vegetabilier och fisk, minskar risken att insjukna i diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck samt vissa typer av cancer. En kost som består av mycket köttprodukter och speciellt rött kött samt livsmedel med lägre halter av vitaminer, mineraler, fiber och istället rikligt med tillsatt socker, mättade fetter och salt, höjer risken att insjukna i folksjukdomarna.
- Enskilda livsmedel varken främjar eller påverkar negativt hälsan, utan det är kostens helhet som är av betydelse. En varierad och balanserad kost enligt rekommendationerna täcker i regel de nödvändiga näringsämnena och behov av kosttillskott är då inte nödvändigt.

För att främja befolkningens hälsa krävs det att finländarna skall:

- Minska på energitätheten i kosten

- Detta genom att tillsätta produkter med mera näringsämnen samt att förbättra på kolhydraternas kvalitet från lågt spannmål till mera fiberrikt.
- Energitäta produkter är bl.a. fett- och sockerrika produkter.
- Det rekommenderas att intaget av grönsaker, rotfrukter, bär och frukt är ett halvt kilo per dag, till skillnad från det tidigare rekommenderade 400 gram.

- Använda fett av omättad sort

- I matlagningen väljer man omättade fetter framom mättade fetter.
- Omättade fetter hittas i vegetabiliska oljor, nötter, svampar samt fisk.
- Mjölksprodukter rekommenderas att byta ut till fettfria produkter eller de med en lägre fetthalt, för att förbättra fettets kvalitet.

- Minska användningen av köttprodukter och rött kött

- Detta genom att istället öka användningen av kött från fjäderfä. Fettet i kosten blir därmed av bättre kvalitet och energitätheten minskar.
- Köttprodukter att minska användningen av:
 - Olika typer av processat kött, såsom korv och pålägg. De innehåller förutom kött även ofta salt och tillsatsämnen.
 - Rött kött: Nöt-, gris- och lammkött.
- Kött av vilt, såsom ren- och älgkött, har inte undersökts tillräckligt för att kunna fastställa användningen av det och hur det påverkar hälsan.

- Dra ner på saltmängden

- I livsmedel och i matlagningen.
- Det största saltintaget fås från industriellt tillverkade livsmedel samt den föda som intas utanför hemmet.
- Man bör välja livsmedel med ett lägre saltintag samt begränsa mängden salt i sin matlagning.
- Hälsoeffekterna skulle vara ännu bättre ifall livsmedelsföretagen och –tillverkarna ytterligare skulle minska mängden salt i sina produkter, i synnerhet bröd, köttprodukter och färdigmat.

Öka intag av	Byt ut	Minska intag av
Grönsaker (spec. rotfrukter)	Ljus a spannmålsprodukter	Köttprodukter
Baljväxter (ärter, bönor, linser)	→ Fullkornsprodukter	Rött kött
Bär	Smör, smörinnehållande bredbara pålägg	Drycker och mat med tillsatt socker
Frukt	→ Vegetabiliska oljor, bredbara pålägg av vegetabiliska pålägg	Salt
Fisk	Mjölk med fett i	Alkohol drycker
Skaldjur	→ Mjölk med låg fetthalt/ fettfri mjölk	
Nötter		
Frön		

Kostpyramiden

- Kostpyramiden som utformats hjälper en med uppställningen av en hälsofrämjande kost.
- I triangelns bas ligger de näringskällor som utgör grunden för en daglig kost.
- Högre upp i modellen finns de livsmedel som inte hör till den dagliga användningen inom en hälsofrämjande kost, och som därför bör ätas mer sällan.



Svenska livsmedelsproducenternas centralförbund, 2014 http://www.slp.se/filer/platar_slp/01011500

Tallriksmodellen

- Tallriksmodellen visar det samma som kostpyramiden, men för den enskilda måltidens sammansättning.
- Halva tallriken fylls med grönsaker och eventuellt vegetabiliskt framställd dressing.
- En fjärdedel av måltiden består av potatis, fullkornspasta eller andra fullkornsprodukter.
- Den sista fjärdedelen blir kvar åt någon fisk-, kött- eller äggrätt.
- Vid en vegetarisk kost utgörs den sista fjärdedelen av baljväxter, nötter och svamp.
- Som måltidsdryck rekommenderas fettfri mjölk eller surmjölk och som törstsläckare dricksvatten.
- Förutom maten på tallriken hör även fullkornsbröd, med vegetabiliskt matfett till måltiden.
- Som efterrätt passar bär eller frukter.



En regelbunden måltidsrytm

- Det är bra att dagligen inta regelbundna och hälsosamma måltider, såsom frukost, lunch och middag, samt vid behov 1-2 mellanmål.
- Måltidsvanorna och mattiderna påverkas till stor del av kulturella och individuella skillnader.
- En regelbunden måltidsrytm håller blodsockernivån jämn, dämpar hungerskänslan och förebygger karies i tänderna.
- Det hjälper således till att undvika småätandet mellan måltiderna.
- Regelbundna måltider stöder också en viktkontroll.

Barn

- Det är av stor vikt att bli van med regelbunden måltidsrytm redan som barn.
- Lärdomarna man fått som ung lägger grunden för en balanserad kost även i vuxen ålder.
- Barn kan inte äta lika stora portioner som en vuxen.
- De kan heller inte dra nytta av kroppens energiförråd på samma sätt som vuxna människor kan. Därför är det nödvändigt att energiintaget delas upp på huvud- och mellanmål med en jämnare rytm än för vuxna.

Åldringar

- För åldringar är det även nödvändigt med ett regelbundet måltidsintag, eftersom de kanske inte orkar äta stora portioner på en och samma gång, i synnerhet om matlusten är dålig.
- Måltiderna bör delas upp jämt över hela dagen och nattfastandet rekommenderas inte att överstiga 11 timmar.

Skiftesarbete

- Att arbeta med skiftetider påverkar ätandet.
- Regelbundna, hälsosamma måltider och mellanmål förebygger hälsoriskerna som skiftesarbete medför, såsom magbesvär, trötthet, övervikt samt hjärt- och kärlsjukdomar.
- Nattskiftet påverkar mest måltidernas tidpunkter.
- Exempel på hur man kan äta:
 - Efter ett nattskifte äts frukosten efter dagsömn och lunchen intas vid den tidpunkt när det är aktuellt för middag.
 - Mellanmål äts innan nattskiftet påbörjas.
 - Under nattens gång dricks kaffe och andra koffeininnehållande drycker, för att lättare hållas vaken.
 - En lättare måltid äts eventuellt kring midnatt och mot morgonen äts ett mellanmål när tröttheten är som mest tagbar.
 - Ännu ett mellanmål kan intas innan man går och lägger sig på dagen.
 - På ett nattskifte bör man undvika energirika måltider och mellanmål, eftersom de orsakar trötthet och lindriga magbesvär.

Källor

- Statens näringsdelegation. *Terveysttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014.* (2014)
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf
- Bildkällor:
 - Statens Näringsdelegation, 2014. Svensk översättning av Tabell 2 (sid 18).
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf
 - Svenska lantbruksproducenternas centralförbund, 2014
http://www.sk.fi/nyheter_show.asp?ID=1660

Förebyggande av folksjukdomar genom kostval

Bra matvanor främjar hälsan och förebygger övervikt. Risken för att insjukna i någon av folksjukdomarna diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i stöd- och rörelseorgan samt en del cancerformer ökar om man är överviktig.

För att undvika att drabbas av någon av folksjukdomarna är det viktigt att man håller sin vikt på en rimlig nivå. Om man är överviktig minskar man den ökade risken för folksjukdomar bland annat genom att gå ner i vikt. Studier har kommit fram till att det inte är typen av mat som gör att man går ner i vikt, utan det handlar om att äta lite mindre än vad man förbrukar. De flesta råd för viktnedgång handlar om att man minskar sitt sockerintag och undviker mättade fetter. Tallriksmodellen förespråkas, men man kan anpassa den till sin egen livsstil. Är man fysiskt aktiv och idrottar mycket kan man äta mer kolhydrater än någon som inte rör på sig så mycket och kanske är överviktig. Är man överviktig kan man lägga upp maten så att halva tallriken består av grönsaker, en fjärdedel av protein och en fjärdedel spannmål. Till det bör man även motionera mera för att få önskat resultat. Då man planerar sina hälsosamma kostvanor är det viktigt att man ser till helheten. Till vardags ska man tänka på att man äter regelbundet och väljer mycket grönsaker, minskar saltet och använder bra fetter i matlagningen. Äter man nyttigt under vardagarna kan man unna sig onyttigare mat vid speciella tillfällen.

Diabetes typ 2

Trots att man har en ärftlig benägenhet att insjukna i diabetes typ 2 så kan man med hjälp av livsstilsförändringar påverka hur stor risken att insjukna är. Förutom att trappa ner på tobak och börja motionera regelbundet kan man se över sin kost för att förebygga diabetes typ 2. Speciellt om man är i riskgruppen för att få sjukdomen är det viktigt att ändra sina matvanor om man vill undvika sjukdomen. Redan en viktninskning på 5 % är positivt för personens risk att insjukna.

Man kan:

- Äta mer fibrer
- Byta ut det mättade fett mot omättat fett
- Äta mycket frukt, bär och grönsaker
- Välja råvaror med lågt GI
- Välja fullkornsprodukter
- Välja bort sockerrika produkter (se upp med dolt socker i mysli, yoghurt och kex)
- Kost som liknar medelhavskosten och kostrekommendationerna har i forskning visat sig kunna förebygga diabetes typ 2

Hjärt- och kärlsjukdomar

Ateroskleros innebär kort sagt att blodkärlen blir stelare och trängre, vilket leder till att blodet får svårare att passera. Det kan leda till olika hjärt- och kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, stroke och kärlkramp. En sund livsstil är det bästa sättet att förebygga detta. Alla har olika riskfaktorer som gör att de kan insjukna i dessa sjukdomar, en del kan man påverka och en del inte. De man inte kan påverka är kön, ålder och ärftlig benägenhet. Men de man kan påverka är höga blodfetter, rökning, högt blodtryck, bukfetma, stress och diabetes.

Förutom att minska stressen i sin vardag, sluta röka och börja motionera regelbundet kan man se över sin kost. De kostrekommendationer som finns utarbetade för befolkningen kan man ha som riktlinjer, då de är gjorda för att förebygga folksjukdomar. En del produkter är märkta med hjärtmärket. Märket visar på ett nyttigare val inom sin produktgrupp i fråga om fettmängd och fettkvalitet samt mängden salt i produkten. En del matställen har även infört hjärtmärkta måltidsalternativ där mängden salt och fett är enligt näringsrekommendationerna.

Det man kan ändra i kosten är:

- Äta mer av:
 - grönsaker
 - baljväxter
 - rotfrukter
 - bär
 - frukt
 - fiberrika produkter
 - fisk och magert kött från fågel
- Ät mindre av
 - Fet ost, feta mjölkprodukter
 - bakverk och desserter
 - mättade fetter (smör, palmolja)
 - feta köttprodukter
 - chips och andra snacks
 - sötade drycker och godis
 - salt

Cancer

Kosten är bara en del i förebyggandet av cancer, men tillsammans med andra hälsosamma levnadsvanor kan man göra skillnad. En del cancerformer är mer sammankopplade med matvanor och övervikt än andra. Till dem hör matstrupscancer, njurcancer, cancer i mun, svalg och struphuvud, bröst- och livmoderhalscancer samt tjock- och ändtarmscancer. Det är svårt att peka på specifika livsmedel som skyddar mot cancer, man ska nog se till helheten. En generell rekommendation är att man äter kost som innehåller skyddande ämnen, så kallade antioxidanter som bromsar oxidationen i cellerna. Antioxidanter finns i grönsaker, frukt och bär. Man kan tänka på att:

- Äta en varierad kost med mycket frukt, bär och grönsaker (antioxidanter)

- Välja fiberrik mat
- Minska intaget av rött kött (nöt, gris, lamm och vilt)
- Minska intaget processat kött (korv, skinka, bacon)
- Välja fågel eller fisk framom rött kött som proteinkälla
- Undvik socker i större mängd
- Begränsa intaget av livsmedel som innehåller mycket fett och socker men lite fibrer
- Drick alkohol med måtta eller inte alls
- Undvika stekt mat som blivit bränd
- Ät så mångsidigt att du får alla näringsämnen från kosten, inte från kosttillskott

Läs mer:

Håkansson, J. (2012). Medelhavskost och statiner mot hjärt- kärlsjukdom. *Läkartidningen* 36 (109), 1540-1543.

http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/18577/LKT1236s1540_1543.pdf

Behandling med kolesterolmediciner för att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom, främst hjärtinfarkt, är väldokumenterad. Medelhavskost är den kost som har starkast dokumentation beträffande förebyggande effekt mot hjärt- och kärlsjukdom.

Källor:

Cancerfonden (2013). *Livsstilen som kan förebygga cancer*.

<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Artikelarkiv/Ovrigt/Livsstilen-kan-forebygga-cancer/>

Diabetesförbundet. (2008). *Kostrekommendationer vid diabetes*.

http://www.diabetes.fi/files/713/ruotsRuokavaliosuositus_2009_netti.pdf

Finlands hjärtförbund rf (u.å.). <http://www.sydanliitto.fi/terveellinenruokavalio>

Hallberg, L. (red). (2010). *Hälsa & livsstil – forskning & praktiska tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur AB.

Läkemedelsverket. (2006). *Förebyggande av hjärt-kärlsjukdom till följd av åderförkalkning (ateroskleros)*.

<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-anvanda-lakemedel/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Hjart-karlsjukdom-till-foljd-av-aderforkalkning-ateroskleros/>

Nikkanen, P. (2012). *Tyypin 2 diabeteksen seuloja ja ehkäisy*. Terveysportti.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=diabetes

Social- och hälsovårdsministeriet. (2012). *Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt*.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1

Förebyggande av folksjukdomar genom kostval

L. Andersson & I. Sardin 2014

- Bra matvanor främjar hälsan och förebygger övervikt.
- Risken för att insjukna i någon av folksjukdomarna diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i stöd- och rörelseorgan samt en del cancerformer ökar om man är överviktig.
- För att undvika att drabbas av någon folksjukdom är det viktigt att man håller sin vikt på en rimlig nivå, och om man är överviktig minskar man den ökade risken för folksjukdomar bland annat genom att gå ner i vikt.
- Studier har kommit fram till att det inte är typen av mat som gör att man går ner i vikt, utan det handlar om att äta lite mindre än vad man förbrukar.

L. Andersson & I. Sardin 2014

- De flesta råd för vikttnedgång handlar om att man minskar sitt sockerintag och undviker mättade fetter.
- Tallriksmodellen förespråkas, men man kan anpassa den till sin egen livsstil.
 - Är man fysiskt aktiv och idrottar mycket kan man äta mer kolhydrater än någon som inte rör på sig så mycket och kanske även är överviktig.
 - Är man överviktig kan man lägga upp maten så att halva tallriken består av grönsaker, en fjärdedel av protein och en fjärdedel spannmål. Till det bör man även motionera mera för att få önskat resultat.
- Då man planerar sina hälsosamma kostvanor är det viktigt att man ser till helheten.
 - Till vardags ska man tänka på att man äter regelbundet och väljer mycket grönsaker, minskar saltet och använder bra fetter i matlagningen.
 - Äter man nyttigt under vardagarna kan man unna sig onyttigare mat vid speciella tillfällen.

Diabetes typ 2

- Trots att man har en ärftlig benägenhet att insjukna i diabetes typ 2 så kan man med hjälp av livsstilsförändringar påverka hur stor risken att insjukna är.
- Förutom att trappa ner på tobak och börja motionera regelbundet kan man se över sin kost för att förebygga diabetes typ 2.
 - Speciellt om man är i riskgruppen för att få sjukdomen är det viktigt att ändra sina matvanor om man vill undvika sjukdomen. Redan en viktninskning på 5 % är positivt för personens risk att insjukna.

Vad man kan ändra i kosten:

- Äta mer fibrer
 - Byta ut det mättade fett mot omättat fett
 - Äta mycket frukt, bär och grönsaker
 - Välja råvaror med lågt GI
 - Välja fullkornsprodukter
 - Välja bort sockerrika produkter (se upp med dolt socker i mysli, yoghurt och kex)
-
- Kost som liknar medelhavskosten och kostrekommendationerna har i forskning visat sig kunna förebygga diabetes typ 2.



Hjärt- och kärlsjukdomar

- Ateroskleros innebär kort sagt att blodkärlen blir stelare och trängre, vilket leder till att blodet får svårare att passera.
- Ateroskleros kan leda till olika hjärt- och kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, stroke och kärlkramp.
- En sund livsstil är det bästa sättet att förebygga detta.
- Alla har olika riskfaktorer som gör att de kan insjukna i dessa sjukdomar, en del kan man påverka och en del inte.
 - De man inte kan påverka är kön, ålder och ärftlig benägenhet.
 - De man kan påverka är höga blodfetter, rökning, högt blodtryck, bukfetma, stress och diabetes.

Vad man kan ändra på

- Förutom att minska stressen i sin vardag, sluta röka och börja motionera regelbundet kan man se över sin kost.
- De kostrekommendationer som finns utarbete för befolkningen kan man ha som riktlinjer, då de är gjorda för att förebygga folksjukdomar.
- En del produkter är märkta med hjärtmärket. Märket visar på ett nyttigare val inom sin produktgrupp i fråga om fettmängd och fettkvalitet samt mängden salt i produkten.
- En del matställen har även infört hjärtmärkta måltidsalternativ där mängden salt och fett är enligt näringsrekommendationerna.

Vad man kan ändra i sin kost

Äta **mer** av:

- grönsaker
- baljväxter
- rotfrukter
- bär
- frukt
- fiberrika produkter
- fisk och magert kött från fågel

Ät **mindre** av

- fet ost, feta mjölkprodukter
- bakverk och desserter
- mättade fetter (smör, palmolja)
- feta köttprodukter
- chips och andra snacks
- sötade drycker och godis
- salt

Cancer

- Kosten är bara en del i förebyggandet av cancer, men tillsammans med andra hälsosamma levnadsvanor kan man göra skillnad.
- En del cancerformer är mer sammankopplade med matvanor och övervikt än andra. Till dem hör matstrupscancer, njurcancer, cancer i mun, svalg och struphuvud, bröst- och livmoderhalscancer samt tjock- och ändtarmscancer.
- Det är svårt att peka på specifika livsmedel som skyddar mot cancer, man ska nog se till helheten i första hand.
- En generell rekommendation är att man äter kost som innehåller skyddande ämnen, så kallade antioxidanter som bromsar oxidationen i cellerna. Antioxidanter finns i grönsaker, frukt och bär.

Vad man kan ändra på i sin kost:

- Äta en varierad kost med mycket frukt, bär och grönsaker (antioxidanter)
- Välja fiberrik mat
- Minska intaget av rött kött (nöt, gris, lamm och vilt)
- Minska intaget processat kött (korv, skinka, bacon)
- Välja fågel eller fisk framom rött kött som proteinkälla
- Undvik socker i större mängd
- Begränsa intaget av livsmedel som innehåller mycket fett och socker men lite fibrer
- Drink alkohol med måtta eller inte alls
- Undvika stekt mat som blivit bränd
- Ät så mångsidigt att du får alla näringsämnen från kosten, inte från kosttillskott

Läs mer

- Håkansson, J. (2012). Medelhavskost och statiner mot hjärt- kärlsjukdom. *Läkartidningen* 36 (109), 1540-1543.
http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/18577/LKT1236s1540_1543.pdf

Behandling med kolesterolmediciner för att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom, främst hjärtinfarkt, är väldokumenterad. Medelhavskost är den kost som har starkast dokumentation beträffande förebyggande effekt mot hjärt- och kärlsjukdom.

Källor:

- Cancerfonden. (2013). *Livsstilen som kan förebygga cancer*.
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Artikellarkiv/Ovrigt/Livsstilen-kan-forebygga-cancer/>
- Läke medelsverket. (2006). *Förebyggande av hjärt-kärlsjukdom till följd av åderförkalkning (ateroskleros)*.
<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-anvanda-lakemedel/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Hjart-karlsjukdom-till-foljd-av-aderforkalkning-ateroskleros/>
- Finlands hjärtförbundet rf (u.å.).
<http://www.sydanliitto.fi/terveellinenruokavalio>
- Diabetesförbundet. (2008). *Kostrekommendationer vid diabetes*.
http://www.diabetes.fi/files/713/ruotsRuokavaliosuositus_2009_netti.pdf (hämtat: 14.04.2013).
- Hallberg, L. (red). (2010). *Hälsa & livsstil – forskning & praktiska tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Nikkanen, P. (2012) Tyypin 2 diabeteksen seulonta ja ehkäisy. Terveysportti.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=diabetes
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2012). *Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt*.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiivistä4_lihavuus.pdf?sequence=1
- Bildkällor: http://fcmh.netreturns.biz/Client_Files/fcmh/CM/System/Diabetes%201.jpg

DISKUTERA

L. Anderson & I. Sandin (2014)

VAD TYCKER DU ÄR VIKTIGT ATT EN HÄLSOVÅRDARE
BEAKTAR I EN KOSTRÅDGIVNINGSSITUATION?

FUNDERA KRING HUR MAN LYCKAS ANPASSA SINA RÅD
INDIVIDUELLT FÖR KLIENTEN, VILKA METODER MAN KAN
ANVÄNDA SIG AV I SITT ARBETSSÄTT OCH HUR MAN TAR UPP
KOSTFRÅGOR TILL DISKUSSION.

L. Anderson & I. Sandin (2014)

HUR SER DU PÅ ATT T.EX. ARBETARINSTITUT I
NEJDEN HÄMTAR IN FÖRESPRÅKARE FÖR
VISSA DIETER FÖR ATT FÖRELÄSA OM EN DIET,
NÄR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL
FÖRESPRÅKAR DE NATIONELLA
NÄRINGSREKOMMENDATIONERNA?

L. Anderson & I. Sandin (2014)

VILKA RÅD SKULLE DU GE ÅT EN DIABETIKER
SOM VALT ATT FÖLJA EN STRIKT LCHF-DIET?

L. Anderson & I. Sandin (2014)

Dieter

I Svenska Akademiens ordlista definieras ordet diet som "*av hälsoskäl reglerat kosthåll*".

Man kan ha flera orsaker till varför man väljer att följa en diet. Orsakerna kan vara:

Religiösa ex. muslimer äter inte griskött

Etiska ex. vegetarianer och veganer

Övervikt

Allergier (ex. gluten, laktos)

Sjukdomar: gallbesvär, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, gikt

Dieter som man frivilligt väljer att följa för att gå ner i vikt kallas för bantningsdieter. Deras namn kommer ofta från den person som grundat själva dieten eller så kan namnet vara baserat på hur dieten är uppbyggd. Ofta går en bantningsdiet ut på att man utesluter ett eller flera livsmedel ur sin kost. Ofta är det kolhydrater eller fetter som man ska undvika då man följer en diet. Till exempel om man följer LCHF dieten ska man utesluta mycket kolhydrater ur sin kost och äta mera fetter. De flesta dieter rekommenderar att man utesluter socker och vitt mjöl ur sin kost. Detta stämmer också överens med de kostrekommendationer som finns för vårt land.

Ofta lovar dieterna mirakulösa och snabba resultat. De vill få många följare och pekar på en stor mängd hälsovinster om man börjar med dieten. De som väljer att följa en diet vill gå ner i vikt snabbt och på ett enkelt sätt, må bättre och vill också att den vikt de gått ner inte ska komma tillbaka. När man sedan återgår till att äta som man gjorde förut kommer ofta alla kilon tillbaka, plus några extra. Det här är ett bra argument att inte följa en diet som man inte kan leva med resten av livet. Det finns också andra kännetecken man bör reagera på hos en mirakeldiet, innan man väljer att äta enligt en diet:

- Dieten består av ett preparat, som endast säljs mot postorder eller i hälsokostaffärer.
- Det påstås att dieten är vetenskapligt undersökt trots att det inte nämns vem som undersökt, var, när och hur undersökningen skett och vilka resultat man kommit fram till.

- Reklamen för dieten visar bilder på en person före och efter viktnedgången. Man vet inte hur denna person gått till väga med sin viktnedgång, ifall det är dieten eller någon annan metod.
- Reklamen för dieten talar om en ”berömd doktor”. Här kan man fundera ifall denna dietdoktor har en doktorsgrad eller inte.

Jämfört med för 100 år sedan har vi nu stora möjligheter att välja vad vi äter då vi handlar. Det finns ett stort utbud att välja mellan, vilket är på både gott och ont. Vi har möjlighet att välja mat så att vi får en så mångsidig kost som möjligt, men i många fall blir det en rätt ensidig kost med halvfabrikat och färdigmat. Våra matval påverkas av trender och reklam, och alla har sina egna matvanor.

Dieter kan ofta vara mycket svåra att följa under en längre tid, eftersom man måste avstå från en del livsmedel. Ofta ska man undvika socker, som är en stor orsak till övervikt. Det kan vara svårt att hålla ut då sötsuget slår till och då kan det hända att man avviker från dieten och faller tillbaka i gamla ätvanor. Det finns ett mycket stort utbud av färdigmat och halvfabrikat i våra mataffärer, och ofta är de inte så nyttiga. Det som gör att folk väljer dem är bland annat att de går snabbt att laga.

Det finns en del forskning om dieter och viktnedgång och hälsa, och de har ofta olika resultat. Det gör det svårt att säga om den dieten är bra eller dålig. Ofta saknas långsiktig forskning om hälsoeffekterna av att följa en diet.

För att nå en lyckad viktnedgång rekommenderas att man ändrar sin livsstil så att den blir mer hälsosam och att den är anpassad så att man orkar leva enligt den i princip resten av livet, eller åtminstone under en lång tid. Det som man ska tänka på är att äta mångsidigt, regelbundet och att man äter så mycket som man förbrukar under en dag, dvs. man har energiintaget och energiförbrukning är i balans. Det är viktigt att inte enbart fokusera på maten, utan även den fysiska aktiviteten. Näringsrekommendationerna är utarbetade för att fungera för de flesta, och de har mycket forskning bakom sig.

Läs mer:

Bryngelsson, S. & Asp, N. (2005). Popular diets, body weight and health: What is scientifically documented? *Scandinavian Journal of Nutrition*, 49 (1), 15-20.

<http://www.foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/1515>

Artikeln är en översikt av forskning för en del populära dieter (T.ex. Atkins, GI och Paleo). Författarna tar även upp dieternas korttids- och långtidseffekter.

Källor:

Abrahamsson, L., Andersson, A., Becker, W. & Nilsson, G. (2006). *Näringslära för högskolan*. Ljubljana: Korotan.

Aro, A. (2008). *Dieetit*. Duodecim Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00018&p_teos=skr&p_osio=101&p_selaus= (hämtat: 20.03.2013).

Hakala, P. (2002). *Konsten att hålla vikten*. Jyväskylä: Gummerus Printing

Ihanainen, M., Lehto, M., Lehtovaara, A. & Toponen, T. (2008). *Ravitsemustieto – osaksi ammattitaitoa*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Johansson, U. (2007). *Näring och hälsa - med speciella hänvisningar till vegetarisk kost*. Lund: Studentlitteratur AB.

Svenska Akademiens ordlista.
http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_p_a_natet/ordlista (hämtat: 30.01.2014)

Dieter

Allmänt om bantningsdieter

L. Andersson & I. Sardin 2014

Varför en diet?

- Diet = *Av hälsoskäl reglerat kosthåll*
(Svenska Akademiens ordlista)
- Orsaker till en diet
 - Religiösa, ex. muslimer äter inte griskött
 - Etiska, ex. vegetarianer och veganer
 - Övervikt
 - Allergier, ex. gluten- eller laktosintollerans
 - Sjukdomar, ex. gallbesvär, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, gikt

L. Andersson & I. Sardin 2014

Bantningsdieter

- Dieter som man frivilligt följer för att gå ner i vikt kallas *bantningsdieter*.
- Deras namn kommer ofta från den person som grundat dieten, eller så kan namnet vara baserat på hur dieten är uppbyggd.
- En bantningsdiet går ofta ut på att man utesluter ett eller flera livsmedelsgrupper ur sin kost. Ofta undviks kolhydrater eller fetter.
- Ett mirakulöst och snabbt resultat utlovas oftast av dietens förespråkare. De vill få många följare och en rad hälsovinster nämns.

Kännetecken hos en diet man bör reagera på, innan man väljer att följa en "mirakeldiet":

- Dieten kan inte användas som en livsstil, utan handlar om en kortare bantningskur. Detta gör ofta att de tappade kilona kommer tillbaka, plus några extra.
- Dieten består av ett preparat som endast säljs mot postorder eller i hälsokostaffärer.
- Det påstås att dieten är vetenskapligt undersökt trots att det inte nämns vem som undersökt, var, när och hur undersökningen skett och vilka resultat man kommit fram till.
- Reklamen för dieten visar bilder på en person före och efter viktnedgången. Man vet inte hur denna person gått till väga med sin viktnedgång, ifall det är dieten eller någon annan metod som gett resultat.
- Reklamen för dieten talar om en "berömd doktor". Här kan man fundera ifall denna dietdoktor har en doktorsgrad eller inte.

Positivt – Negativt med dieter

- Det finns en hel del forskning om dieter, viktnedgång och hälsa, oftast med olika resultat. Det gör det svårt att säga om den dieten är bra eller dålig. Ofta saknas långsiktig forskning om hälsoeffekterna av att följa en diet.
- Dieter kan vara svåra att följa under en längre tid när man skall avstå från en del livsmedel. Ofta faller man tillbaka till gamla matvanor när t.ex. sötsuget slår till och dieten inte rekommenderar sockerintag.
- Det är viktigt att inte enbart fokusera på matintaget utan även se över den fysiska aktiviteten.

L. Andersson & I. Sardin [2014]

Läs mer

- Bryngelsson, S. & Asp, N. (2005). Popular diets, body weight and health: What is scientifically documented? *Scandinavian Journal of Nutrition*, 49 (1), 15-20.
<http://www.foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/1515>

Artikeln är en översikt av forskning för en del populära dieter, b.l.a. Atkins, GI och Paleo. Författarna tar även upp diaternas korttids- och långtidseffekter.

L. Andersson & I. Sardin [2014]

Källor

- Abrahamsson, L., Andersson, A., Becker, W. & Nilsson, G. (2006). *Näringslära för högskolan*. Ljubljana: Korotan.
- Aro, A. (2008). *Dieetit*. Duodecim Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00018&p_teos=skr&p_osio=101&p_selaus=
- Hakala, P. (2002). *Konsten att hålla vikten*. Jyväskylä: Gummerus Printing
- Johansson, U. (2007). *Näring och hälsa - med speciella hänvisningar till vegetarisk kost*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ihanainen, M., Lehto, M., Lehtovaara, A. & Toponen, T. (2008). *Ravitsemustieto – osaksi ammattitaitoa*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Svenska Akademiens ordlista.
http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista

Fakta om dieter

5:2 dieten

Atkins

Cambridge

Dukan dieten

GI metoden

ISO dieten

LCHF

LCHQ

Medelhavsdieten

Raw Food

Stenålderskost/Paleo

Viktväktarna

5:2 dieten

Dieten går ut på att man fastar två dagar i veckan och äter normalt de övriga fem dagarna. Fastedagarna behöver inte komma efter varandra, men de ska vara två per vecka. Under fastedagarna ska man som man äta 600 kalorier per dag och som kvinna gäller 500 kalorier per dag.

Grundaren av dieten är den brittiske läkaren och vetenskapsjournalisten Michael Mosley. Han har gjort dokumentären *Eat, fast, and live longer* som handlar om 5:2 dieten och även skrivit en bok om dieten.

Den här dieten bygger på teorin om att människan inte är gjord att ha tillgång till mat varje dag. Förutom att man går ner i vikt av dieten påstår förespråkarna att man förlänger livet, förebygger uppkomsten av olika cancertyper och minskar risken för olika demenssjukdomar som till exempel Alzheimers. Enligt grundaren Michael Mosley gör fastedagarna, enkelt sagt, att nyproduktionen av celler saktar ner och att kroppen istället reparerar celler. Detta skulle i sin tur leda till en bromsning av åldersrelaterade sjukdomar, som till exempel diabetes. Äter man normalt varje dag befinner sig kroppens celler i ett stressläge som gör att flera celler tillverkas hela tiden utan att de gamla repareras. Då det endast är få dagar som man äter mindre hinner kroppen inte börja bryta ner muskler, endast fett.

Det finns både förespråkare och motståndare till 5:2 dieten. En motståndare är professorn Stephan Rössner, som jobbat med hälsoinriktad beteendeforskning. Han säger att det är bra att minska på kalorimängden, men att man kan dra ner på kalorierna lite varje dag istället för att begränsa det till en stor reduktion på två dagar. Han tror även att dieten är för tuff för många, och att risken finns att man frossar de dagar man inte fastar. Han förespråkar en kosthållning som passar en själv och som man orkar hålla mer som en livsstil än som en tillfällig diet. En person som förespråkar 5:2 dieten är Kerstin Brismar, professor i diabetesforskning vid Karolinska Institutet. Hon tror att dieten kan vara bra och håller på med en studie om den.

Det finns fler olika varianter på faste-dieter förutom 5:2 metoden:

6:1 metoden: Det innebär att man faste-äter endast en dag per vecka. 5:2 dietens grundare Michael Mosley ser det som en underhållsmetod om man inte vill gå ner mer i vikt men ändå få de positiva hälsoeffekterna av fastan.

16:8 metoden: Man äter under en tidsintervall på 8 timmar per dygn och sedan inte äter något under de 8 övriga timmarna på dagen. De resterande 8 timmarna av dygnet går åt till sömn. Till exempel så att man får äta mellan klockan 12 på dagen till klockan 20 på kvällen, men inte under de övriga timmarna.

4:3 metoden: Man äter normalt under 4 dagar i veckan och har ett mindre kaloriintag under de tre övriga dagarna.

Varannandags fasta: Man äter som vanligt varannan dag och varannan dag äter du 25 % av ditt dagliga energiintag, mellan 400-700 kalorier beroende på din vikt. Denna metod kan vara svår att använda under en längre tid med tanke på sociala sammanhang. Det krävs mycket viljestyrka.

Läs mer:

Se dokumentären *Eat, fast and live longer*.

http://www.dailymotion.com/video/xvdbtt_eat-fast-live-longer-hd_shortfilms

NHS choices. (2013). *Does the 5:2 intermittent fasting diet work?*

<http://www.nhs.uk/news/2013/01January/Pages/Does-the-5-2-intermittent-fasting-diet-work.aspx>

Nyhetsartikel om för- och nackdelar med 5:2-dieten.

Källor:

Stephan Rössner. Karolinska Institutet. (2011)

<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=2889&l=sv>

Är metoden för tuff? Agenda – Fördjupande samhällsprogram. (2013). Sveriges Television

<http://www.svt.se/agenda/klarar-vi-av-5-2-dieten>

Kerstin Brismar - Hon står upp för 5:2-dieten. Karolinska Institutet. (2013).

<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=39924&a=171149&l=sv>

Atkins

Dieten har sitt ursprung i 1960-talet och grundaren till Atkins dieten är Dr. Robert C. Atkins. Dieten är avsedd för viktminskning och bygger på en kolhydratfattig kost som gör att kroppen går i ketos och börjar förbränna fett i kroppen istället för glukosen som uteblir. Följer man dieten får man äta fet och proteinrik mat bara kolhydratnivån är tillräckligt låg. Födoämnen som man rekommenderas att äta är kött, fisk, grönsaker, ägg och mjölkprodukter. Livsmedel som inte är tillåta är bland annat potatis, bröd, ris, pasta och socker. Man förespråkar livsmedel som är så lite behandlade som möjligt.

Atkinsdieten består av fyra faser

Induktionsfasen: Syftet med denna fas är att försätta kroppen i ketos, alltså att kroppen ändras från att främst förbränna kolhydrater (glukos) till att förbränna fett. Det här ska sätta fart på viktminskningen. I denna fas ska man äta endast 20 gram kolhydrater per dag, och den största delen av dessa kolhydrater ska komma från grönsaker. Man får äta obegränsade mängder av kött, fisk, skaldjur, ägg, olivolja, majonnäs, ost och vissa grönsaker; t ex gurka och sallad. Det man inte ska äta i denna fas är socker, mjölk, frukt, pasta, ris, potatis, flingor, bönor och rotfrukter samt alkohol. Även koffein begränsas. Man rekommenderar att bantaren tar multivitaminer och omega-3. I den första fasen ska man stanna i cirka två veckor, eller tills man tappat 10 % av sin övervikt. Under denna period ska man äta regelbundet och inte hoppa över måltider eller svälta sig själv.

Viktminskningsfasen: Den andra fasen går ut på att bantaren ska utforska sin kolhydrattolerans och hur mycket kolhydrater personen kan äta och ändå gå ner i vikt, hålla aptiten under kontroll och känna sig pigg. Man ska under denna fas gradvis öka på nettokolhydraterna (kolhydrater som påverkar blodsockret) och äta en rekommenderad mängd protein och naturliga fetter, dricka mycket vätska och se till att du får i dig tillräckligt med salt. Restriktionerna av livsmedel du inte ska äta blir något mindre under den här fasen. Till exempel nötter, frön, kolhydratsnåla bär och frukter, mer mjölkprodukter, en del grönsaksjuicer och baljväxter. När du är 4,5 kilo från din målvikt är det dags att gå vidare till nästa fas.

Övergångsfasen: Fasen går ut på att hitta en balansnivå för kolhydratintaget. Bantaren ska öka kolhydratintaget med 10 gram per vecka och följer med när gränsen för viktuppgång nås och han/hon börjar öka i vikt. Det är inte längre viktigt att kroppen är i ketos. Man ska reda ut hur mycket kolhydrater man klarar att äta utan att gå upp eller ner i vikt och vilka livsmedel som man inte kan hantera att äta lagom av. För att gå vidare till den sista fasen ska man behålla sin målvikt i en månads tid med hjälp av att äta enligt sina personliga toleranser.

Underhållsfasen: Den sista fasen är tänkt att man ska kunna följa livet ut. Man ska helt enkelt fortsätta att äta enligt de vanor som man skaffat sig under de tidigare faserna, och undvika livsmedel som utlöser hetsätning eller ett svårhanterligt sug. Man ska äta enligt en lågkolhydratkost och undvika allt med socker eller andra kolhydrater som påverkar blodsockret. Man ska undvika att gå upp mer än 2,5 kilo. Om man går upp mycket i vikt kan man börja om från fas ett igen.

Källor:

Atkins – The Low Carb Expert. (2012).

<http://se.atkins.com/>

Cambridge

Cambridge viktprogram är originalet till VLCD (Very Low Calorie Diet) och utarbetades 1970 av Alan Howard, professor i näringsfysiologi vid universitetet i Cambridge. VLCD definieras som en näringsriktig diet med ett mycket lågt intag av kalorier, 450-800 kcal/dag.

"Cambridge Viktprogram har som mål att hjälpa människor till hälsosamma och lättare liv genom trygg och långsiktig viktnedgång. Vårt viktprogram är sammansatt så att du snabbt tappas din övervikt men också får hjälp och verktyg att förändra dina dåliga mat- och motionsvanor. Vår vision är att du ska kunna behålla denna nya livsstil resten av ditt liv!"(Cambridgeviktprogram.se)

Cambridge viktprogram erbjuder måltidsersättningar i form av soppor och shakes som innehåller de vitaminer, mineraler och spårämnen som kroppen behöver, men med ett kaloriinnehåll på 160 kcal per måltid. Programmet för att gå ner i vikt består av sex nivåer som vidare kan grupperas som *viktnedgång*, *stabilisering* och *hålla vikten*-nivåer. Under den tid man följer viktnedgångsprogrammet har man en certifierad rådgivare vid sin sida som ger tips och stöd under processen.

	NIVÅ 1		NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5	NIVÅ 6
KALORIER	475	600+	800+	1000+	1400+	1600+	2000+
PROGRAM	ENBART CAMBRIDGE	UPPTRÄPPNING	KOMBINERA MED MAT	KOMBINERA MED MAT	KOMBINERA MED MAT	STABILISERING	HÅLLA VIKTEN
VIKTNEDGÅNG/VECKA	1,5 - 4 KG	1 - 3,5 KG	1 - 3 KG	1 - 2 KG	0,5 - 1 KG	0 - 0,5 KG	0 KG
ANTAL VECKOR	1 - 3 VECKOR	MIN 1 VECKA	MIN 1 VECKA	MIN 2 VECKOR	MIN 2 VECKOR	MIN 10 VECKOR	24 MÅNADER

Tabellen ovan anger endast en ungefärlig viktnedgång och tar inte hänsyn till kön, ålder, vikt, genetiska faktorer eller fysisk aktivitet.

Cambridge VLCD:s Nivå 1

Här äts tre Cambridgemåltider per dag, vilket ger ett totalt dagsintag på ca 470 kalorier. Måltiderna ger kroppen all den näring som behövs, med ett mindre kaloriintag. Till detta skall en vätskemängd på 2,5-3 liter vätska per dag. Nivån följs 1-3 veckor för att senare öka kalorimängden till 600 kalorier/ dag i minst en veckas tid.

Cambridge VLCD:s Nivå 2-4

Cambridgemåltiderna ersätter nu någon eller ett flertal av dagens vanliga måltider, vilket gör att viktreduceringen är något långsammare än under första nivån. Kaloriintaget ligger på 800-1400 kcal/dag. Nivåerna följs minst 1-2 veckor per nivå.

Cambridge VLCD:s Nivå 5

På nivå 5 handlar det om att stabilisera sin uppnådda trivselsvikt. Denna nivå följs i minst 10 veckors tid och har ett kaloriintag kring 1600 kcal/dag.

Cambridge VLCD:s Nivå 6

Sjätte nivån har ett kaloriintag kring 2000 kcal/dag och är den sista nivån i programmet. Med stöd av sin rådgivare skall man nu kunna övergå till vanlig mat, med inslag av Cambridge produkter som t.ex. mellanmål.

Variation av Cambridge viktprogram

Istället för att följa programmet från nivå ett till sex kan man välja att använda Cambridge produkter som ersättning för en eller två måltider/mellanmål med vanlig mat per dag.

För vem lämpar sig inte Cambridge?

Att använda Cambridge måltider som enda näringsintag (nivå 1) för att få en snabb viktminskning, kräver att vissa hälsokriterier uppfylls. Ett hälsoformulär fylls alltid i tillsammans med ens rådgivare innan man påbörjar Cambridge viktprogram. De som inte bör använda sig av Cambridge måltider som enda näring är gravida och ammande kvinnor, personer med diabetes typ 1, åttstörningar, hjärt- och kärlsjukdomar, nedsatt njur- eller leverfunktion, gikt samt personer under 18 år eller de som använder något läkemedel. Personer med diabetes typ 2 kan däremot följa viktprogrammets alla nivåer.

Eventuella biverkningar

I och med Cambridge viktminskningsprogram kan i vissa fall biverkningar av enklare slag förekomma.

Huvudvärk kan uppstå vid för litet vätskeintag och lättas med ett ökat intag av vatten eller vb. en värktablett.

Yrsel kan förekomma och lindras även med ökat intag av vatten.

Dålig andedräkt kan uppstå. Förebyggs och avhjälps med för ändamålet avsedda produkter

Trög mage kan uppkomma p.g.a. det minskade fiberintaget. Ett ökat vätskeintag lindrar problemet samt att röra på sig mer. Fibertabletter, vissa tesorter eller även laxerande medel underlättar. Vid användning av Cambridge som enda näring bildas inte lika mycket slaggämnen och därmed är det inte nödvändigt med daglig avföring.

Lös mage kan orsakas av att man är ovan vid de mineralämnena som finns i Cambridges soppor och shakes. Genom att öka vätskeintaget späds koncentrationen av mineralerna ut och lindrar därmed problemet. Cambridge-följare kan även prova att dela upp sina tre måltider på sex tillfällen per dag.

Gallsten kan orsakas av övervikt. Ifall man däremot kraftigt minskar i vikt på kort tid kan det också medföra en större risk för gallsten. Kroppens vävnader utsöndrar under viktreduceringen mer kolesterol, vilket omvandlas till kolesterolkristaller och lagras i gallan. Dessa kan ge upphov till gallsten.

Håravfall kan märkas hos ett fåtal Cambridge-följare. Det kan orsakas av många faktorer, såsom stress, känslomässighet, någon svår sjukdom, undernäring, hormonella förändringar och även en snabb viktminskning. När följaren väljer att återgå till vanlig mat kommer håret att växa tillbaka.

Läs mer:

Heikius, A. (2011). Allt fler kommersiella aktörer erbjuder viktninskning via nätet.
Läkartidningen, 49 (108), 2590-2593.
<http://larkiv.lakartidningen.se/2011/temp/pda40485.pdf>

En artikel där du bl.a. kan läsa om de kommersiella dieternas positiva egenskaper.

Källor:

Cambridge hemsida. (u.å).
<http://www.cambridgeviktprogram.se/>

Dukan dieten

Dukan dieten är grundad år 2000 av fransmannen och dietisten Pierre Dukan. Dietens går ut på att gå tillbaka till de livsmedel som intogs av den ursprungliga människan, protein och grönsaker i de mängder man önskar.

Dieten består av fyra olika faser

- **Attackfasen** - Man håller sig till protein och magra mjölkprodukter i några dagar, i ungefär en veckas tid. Havrekli bör dock intas för att ge några dagliga kolhydrater och fibrer. Fibrerna binder kalorierna från maten som konsumeras och begränsar absorptionen av dem. Under fasen sker oftast en snabb och motiverande viktnedgång, oftast vätskeförlust som bör ersättas med vätskeintag, minst 1,5 liter vatten per dag.
Livsmedel som kan ätas under attackfasen är oxkött, kalkon, kycklingfilé utan skinn, mager fisk, skaldjur, ägg, mejeriprodukter med en fettprocent så nära 0% som möjligt samt osötat kaffe och te.
- **Cruisefasen** - I denna fas tilläggs vissa tillåtna grönsaker vissa dagar. Den här fasen pågår tills man nått sin målvikt. Vissa av de grönsaker som sätts till i kosten är kål av olika slag, lök, gurka, tomat, broccoli, sallad, morötter och spenat.
- **Sammanlaggningsfasen** - I tredje fasen får man sätta till spannmålsprodukter såsom potatis, pasta och bröd i lagom stora mängder. En dag i veckan skall dock kosten bestå av enbart proteinkällor. Livsmedel som nu kan intas är en frukt om dagen, två skivor fullkornsbröd per dag, 40 gram ost per dag, en måltid pasta eller potatis per vecka, rätter av griskött och lamm samt ett glas vin per vecka.
- **Stabiliseringsfasen** - Nu kan följaren välja sin kost enligt önskemål utan att överdriva med stora portioner, söta bakverk eller skräpmat. I denna fas ingår också en dag per vecka när kosten är den samma som i Attackfasen. Stabiliseringsfasen kan följas livet ut eller för att hålla sin nya trivselsvikt.

	Attack	Cruise	Sammanlagning	Stabilisering
Välj från	Råvaror med högt protein	+ Grönsaker	+ frukter, stärkelserika livsmedel, fullkornsbröd, ost	Inkluderar livsmedel från alla näringsgrupper
Uppskattad viktminskning	~1-3,6 kg under fasen	~1 kg/vecka		
Duration	2-7 dagar	ca 6 dagar per kilo	ca 10 dagar per tappat kilo i Cruisefasen	Livet ut
Mängd havrekli (matsked/dag)	1,5	2	2,5	3
Fysisk aktivitet (mängd/dag)	20 min	30 min	25 min	20 min

<http://www.dukandiet.co.uk/low-carb-diet/4-phases> (översatt till svenska)

Läs mer:

Lagiou, P., Sandin, S., Lof, M., Trichopoulos, D., Adami, H-A. & Weiderpass E. (2012). *Low carbohydrate-high protein diet and incidence of cardiovascular diseases in Swedish women: prospective cohort study*. British Medical Journal. (Publicerad 26 Juni 2012).

<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e4026.pdf%2Bhtml>

Studien handlar om sambandet mellan hjärt- och kärlsjukdomar och dieter med lågkolhydrathalt samt hög proteinhalt. Studien genomfördes i Sverige åren 1991-1992. I resultat framkom det att om man följer en lågkolhydratdiet med högt proteinintag utan restriktioner gällande proteinkällor kan det, statistiskt sett finnas ett samband med ökad risk för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar.

Källor:

Dukan diet - Unique & Truly Personalised Weight Loss Coaching. (u.å).

<http://www.dukandiet.co.uk/low-carb-diet/4-phases/attack-phase>

Dukan.nu (2014).

<http://www.dukan.nu/>

GI-metoden

GI, glykemiskt index, togs till en början fram som en hjälpmetod för diabetiker. Det är viktigt för de diabetesinsjuknade att deras blodsockernivå är jämn och under kontroll. Stora svängningar i blodsockernivån försämrar insulinets funktion och gör även insulindoseringen svårare för typ 1-diabetiker. Glykemiskt index har att göra med hur snabbt blodsockret höjs av en viss mängd kolhydrater. Undersökningar har gjorts genom att man intagit 50 gram av ett kolhydratinnehållande livsmedel för att sedan mäta och jämföra blodsockerstigningen med andra livsmedel. Det finns inga direkta regler för vad som räknas som snabba och långsamma kolhydrater, men experter anser att de livsmedel med ett GI över 90, med vitt bröd som referens, samt 65, här med glukos som referens, är snabba kolhydrater. De snabba kolhydraterna, som ger en snabb blodsockerhöjning, bör man inta med försiktighet, ifall man inte är en person som idrottar och motionerar mycket.

Metoden hjälper dig att välja livsmedel som hör till de som har längre nedbrytningsförmåga och på så sätt ger en jämnare blodsockerkurva. I och med en jämnare nivå på blodsockret, behöver kroppen inte heller producera höga halter insulin. Höga insulinhalter anses vara fettbildande och påverkar en viktminskning negativt. Indexet berättar t.ex. om vilket ris eller bröd du kan välja för att förebygga en jämnare blodsockernivå. När det kommer till viktminskning kan det löna sig att dra ned på kolhydratmängden för varje måltid. Som regel kan följas att maximal mängd av kolhydratrika livsmedel, utgör en tredjedel av tallriken.

Ett vanligt misstag som sker i samband med att människor ansluter sig till denna metod, är att de väljer bort alla livsmedel med ett högt GI och endast intar de med ett lägre värde. GI beskriver alltså hur snabbt ens blodsocker höjs av en kolhydratmängd på 50 gram. För att ge ett exempel kan nämnas palsternacka. Palsternackan har ett högt GI utan att vara någon opassande råvara att använda sig av i denna metod. Detta eftersom man bör äta stora mängder av den innan man är uppe i 50 gram kolhydrater. Således behöver heller inte livsmedel med ett lågt GI vara nyttiga att inta. Det kan handla om smör och grädde, vilka man inte bör inta i stora mängder, trots att de har ett lågt eller obefintligt kolhydratinnehåll. Glykemiskt index skall användas på kolhydratrik föda såsom potatis, pasta, bröd, ris, frukostflingor, bönor, ärtor, linser och couscous. Metoden skall tillämpas enligt din livsstil och dina målsättningar. GI-metoden ska helst användas som en livsstil, inte en tillfällig bantningsdiet.

Läs mer:

GI tabell över livsmedel

<http://www.gi-metoder.se/gi-tabell/>

Livsmedelsverket i Sverige om GI

<http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Vad-innehaller-maten/Kolhydrater/GI---Glykemiskt-index/>

Källor:

Johansson, U. (2007). Näring och hälsa - med speciella hänvisningar till vegetarisk kost. Lund: Studentlitteratur AB.

Brunnberg, M. (2006). Allt om näringslära. Stockholm: Fitnessförlaget.

ISO dieten

ISO dieten innebär att det ska vara en jämn fördelning av energi från respektive energigivare (protein, kolhydrater och fett). Det innebär att man ska dela upp sin måltid så att 33 % av energin kommer från proteiner, 33 % från kolhydrater och 33 % från fetter. Enligt de finländska näringsrekommendationerna ska man dela upp energiintaget enligt följande: 10-20 % från proteiner, 25-40 % från fetter och 45-60 % från kolhydrater (där högst 10 % kommer från socker).

Ordet iso kommer från grekiskan och betyder lika. Dieten är framtagen av de svenska näringsfysiologerna Kristina Andersson, Martin Brunberg och Fredrik Paulún. Enligt dem har de plockat det bästa ur flera olika dieter.

Om man följer ISO dieten genom att äta 1600 kalorier per dag uppdelat på fem måltider till punkt och pricka rekommenderar grundarna en viktnedgång på ett kilo per vecka. ISO dieten har två regler: 1. Bli inte hungrig (Blir du hungrig gör du dåliga val, t.ex. faller för frestelser som godis) 2. Ät så att du orkar träna (Orkar du inte träna äter du för lite)

Man ska äta näringstät mat, alltså mat som innehåller mycket vitaminer, mineraler, fibrer och antioxidanter. De kolhydrater man äter ska ha lågt glykemiskt index, dvs. att de påverkar blodsockret lite. Det betyder att man ska undvika socker, vitt mjöl och andra livsmedel med högt GI. Fettsammansättningen bör till största delen bestå av omättade fetter, främst enkelomättade fetter. Maten ska helst göras från grunden, halvfabrikat är förbjudet.

Det finns inga forskningar på dietens kortsiktiga eller långsiktiga så det är svårt att veta eventuella för- och nackdelar med dieten i praktiken. I praktiken kan det vara svårt att se till så att man har rätt proportioner av de olika energikällorna i sina måltider.

Så här kan en dag med ISO dieten se ut:

Frukost: Yoghurt med kesella och granatäpple
Mellanmål: Keso med äpple och kanel
Lunch: Ljummen nudelsallad med räkor
Mellanmål: Proteinsmoothie
Middag: Moussaka

Läs mer:

Paulún, F., Andersson, K. & Brunberg, M. (2010). *Isodieten – Gå ner ett kilo i veckan*.

Grundarnas hemsida om dieten:

<http://www.isodieten.se/>

Källor:

Netdoktor.se (2011). ISO-diet och viktninskning.

<http://www.netdoktor.se/traning-kost/artiklar/iso-diet-och-viktninskning/>

Isodieten - Naturlig mat i rätt proportioner. (2013).

<http://www.isodieten.se/>

Statens näringsdelegation. (2014).

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuosituks_2014_fi_web.pdf

LCHF

LCHF (*Low Carb High Fat*) är en metod för viktninskning som rekommenderar ett litet intag kolhydrater samt en högre andel fett. Dieten har sitt ursprung i Sverige.

Följare till dieten skall gärna äta kött (nöt, gris, vilt, kyckling, gärna ekologiskt) fisk och skaldjur (gärna feta fiskar som lax, makrill eller strömming men undvik panering.), ägg, grönsaker som växer ovan jord (alla sorters kål, sparris, squash, aubergine, oliver, spenat, svamp, gurka, grönsallad, avokado, lök, paprika, tomat m.m.) samt naturliga fetter (t.ex. smör), nötter och bär.

Råvaror som skall undvikas är socker (läsk, godis, juice, choklad, kakor och bullar, glass, frukostflingor, sötningsmedel) och stärkelserik mat, såsom bröd, pasta, ris och potatis, gröt och müsli. Margariner skall inte användas i denna diet och frukt skall undantagsvis ätas som naturligt godis p.g.a. fruktsockerinnehållet.

I och med LCHF-rekommendationer med lågt intag av kolhydrater fås ett lägre och stabilare blodsockervärde än vid intag av kolhydrater, vilka i magen bryts ner till enkla sockerarter. Samtidigt som blodsockernivån hålls på en lägre nivå är även insulinproduktionen i kroppen reducerad. Detta ger en ökad frisättning av fett från fettvävnaden och ger således en ökad fettförbränning.

Vanliga symptom såsom huvudvärk, trötthet, yrsel, lättare hjärklappning och irritabilitet kan under de första dagarna med den nya kosten förekomma. Detta p.g.a. ett tvärt avslut med intag av socker och stärkelse. Kolhydratrik föda kan binda vätska i kroppen och orsaka svullnad. Vid start av LCHF-diet tappar man överskottsvätska via njurarna och kan få vätske- och saltbrist den första veckan. Genom att ta in extra vätska och salt den första veckan lindras symptomen. För att minska på dessa omställningsbesvär föredras vissa LCHF-nybörjare att stegvis trappa ner kolhydraterna under de första veckorna. Illamående, trötthet och matthet samt dålig andedräkt orsakas också av att kroppen nu använder fett som bränsle istället för glukos.

Att följa en LCHF-diet en kortare tid för att reducera sin vikt innebär troligen inga hälsorisker. Denna kost ger ett lågt intag av fibrer och många följare kan ha besvär av förstoppning. Dieten är omtvistad som hälsoskadlig eller inte under en längre periods tid. Forskningar visar ännu inte vad som händer med kroppen ifall man strikt följer rekommendationerna till LCHF-dieten under en lång tid, som 10-20 år. Det man kommit fram till är att LCHF med sitt låga fiber- och fullkornsintag ger en ökad risk för tarmcancer. Stora mängder mättade fetter höjer oftast de farliga blodfetterna, speciellt hos de som inte går ner i vikt utan följer LCHF som en livsstil. Dessa ökade blodfetter ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. En ensidig kost gör det också svårare att få i sig tillräckligt av alla näringsämnen. Personer som äter fullkorn, frukt och grönt, fisk och olja håller sig oftast friskare än de som intar mycket kött, smör och grädde och lite grönsaker.

Läs mer:

LCHF.se – Ät dig frisk och smal. (2009).

<http://www.lCHF.se/Startsida/InfomLCHF.aspx>

Dr Annika Dahlqvists LCHF-blogg.

<http://annikadahlqvist.com/om-lCHF/>

Einfeldt, A. (2011). *Matrevolutionen – ät dig frisk med riktig mat*.

Erlanson-Albertsson, C. (2011) Högfettdieter är inte harmlösa- allvarliga hälsorisker har kartlagts. *Läkartidningen* 51-52 (108), 2713-2717.

http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/17565/LKT1151s2713_2717.pdf

Artikel om de hälsoeffekter som LCHF och andra högfettdieter kan orsaka, bl.a. ateroskleros, bröst- och tjocktarmscancer, minnesstörningar, depression samt ett utvecklat beroende.

Ravnskov, U. & Johnsson, B. (2012). Riskerna med fettrik diet är överdrivna.

Läkartidningen, 9-12 (109), 486-487.

<http://lartikiv.lakartidningen.se/2012/temp/pda40872.pdf>

Skribenterna kommenterar artikeln *Högfettdieter är inte harmlösa- allvarliga hälsorisker har kartlagts* (se länken ovanför) och tar upp de goda sidorna med en högfettdiet, som LCHF.

Källor:

Livsmedelsverket. (2013). Frågor och svar om LCHF.

<http://www.slv.se/sv/Fragor--svar/Fragor-och-svar/Mat-och-naring/Fragor-och-svar-om-LCHF/>

Kostdoktorn - Riktig mat för din hälsa. (2014).

<http://www.kostdoktorn.se/lCHF>

LCHQ

LCHQ = *Low Carbohydrate High Quality*, är framtagen som en mindre strikt variant till LCHF (Low Carb High Fat) och har som mening att hålla ner kolhydratintaget, ha ett högre intag av fett och protein men där man till skillnad från LCHF-dieten vill betona att fettets kvalitet. Med bra kvalitet menas att inte äta för mycket av de animaliska mättade fetterna. LCHQ riktar sig till de personer som vill hålla ner kolhydratintaget men som inte vill använda sig av LCHF p.g.a. den höga halten mättat fett och en extrem låg nivå av kolhydrater. Förespråkarna till LCHQ har som avsikt att överviktiga kommer att gå ner i vikt med dieten.

Livsmedel som kan intas enligt LCHQ:s rekommendationer är rotsaker, grönsaker, frukt och bär i måttliga mängder, små mängder bulgur, quinoa och vildris, nötter och frön, oliv- och rapsolja, avocado, kokosfett och -mjölk, kvar, gryn, mjök och ost. Köttprodukter som äts inom LCHQ skall vara magra samtidigt som andra proteinkällor bl.a. är kyckling, fisk, skaldjur och ägg. Kaffe, te och måttliga mängder alkohol får förekomma inom LCHQ-dieten.

Livsmedel som skall undvikas är raffinerade kolhydrater från pasta, pulvermos och vitt ris. Övriga är godis, bakverk som innehåller vitt socker, glass och läsk, sötade livsmedel såsom smaksatta yoghurt samt feta charkuteriprodukter som korv och bacon. Grädde och smör kan användas i måttliga mängder av en LCHQ-följare.

Källor:

Matvett.se - Dietister om mat och hälsa. (2014).

<http://www.matvett.se/lchq/>

Medelhavsdieten

Dieten har sitt ursprung på Kreta. Invånarna där har haft världens lägsta andel hjärt- och kärlsjukdomar, och forskare tror att det beror på matvanorna. Dock kan man inte jämföra dagens statistik från samma område, då snabbmat och andra onyttiga vanor har blivit allt vanligare nu.

Dieten är rik på antioxidanter och enkel- och fleromättade fetter. Till dieten hör livsmedel som fullkornsspannmål, baljväxter, rotfrukter, frukt, grönsaker, nötter, frön, oliver, olivolja, fisk, skaldjur, kyckling, ägg, honung, get- och fårost och vin. Man ska undvika socker och ersätta komjölkspanprodukter med produkter tillverkade av get- eller fårmjölk. Fokus ligger även på mat som tillverkats av så rena och färska råvaror som möjligt, så inga halvfabrikat är tillåtna. Man ska även undvika konserverad och fryst mat.

Förutom att man äter mat som hör till dieten bör man även tänka på hur man äter sina måltider. I medelhavsländerna äter man ofta långsammare och njuter av maten i gott sällskap, istället för att stressa sin lunch för att hinna med några ärenden på lunchpausen.

Medelhavskost sägs minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, Parkinsons, Alzheimers och även lindra reumatismbesvär och sänka kolesterolvärden. Dieten är inte tänkt att fungera som en kortsiktig bantningsdiet, utan ett nytt sätt att äta som man följer under en lång tid.

Läs mer:

Estruch, R. & Ros, E. m.fl. (2013). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *The New England Journal of Medicine*, 368 (14), 1279-1290.

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1200303>

En studie som påvisar att en Medelhavskost, med extra tillsatt jungfruolja och nötter, minskar risken för större kardiovaskulära effekter.

Shai, I. & Schwarzfuchs, D. (2008). Weight Loss with a Low-Carbohydrate, Mediterranean or Low-Fat Diet. *The New England Journal of Medicine*, 359 (3), 229-241.

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0708681>

I artikeln redogörs att Medelhavsdieten eller en kolhydratfattig kost kan vara effektiva alternativ till de fettsnåla dieterna.

Här hittar du en svenk sammanfattning av studien:

<http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Nya-ron/2013/04/Mer-fett-fran-notter-och-olivolja-gav-mindre-kardiovaskular-sjuklighet-an-lagfettkost/>

Källor:

Sund nu. (2008). *Medelhavskost- nyttig mat för din hälsa*.

<http://www.sund.nu/docs/artikel.asp?tem=3&art=356>

Raw Food

"Tanken bakom Rawfood är att helt enkelt göra sig kvitt onödigt beroende av ämnen, substanser och kemikalier som dövar hjärnan och minimerar vår inre och yttre potential från att leva ett fullständigt högkvalitativt, harmoniskt och friskt liv. Resultatet är istället att du med nyvunnen fysisk och mental energi, ett klarare och skarpare intellekt, nu med en större kreativitet, kan se klarare på problem och enklare hitta lösningar till dessa. Förutom ovanstående kommer, en friskare, spänstigare och mer slimmad kropp samt vackrare och klarare hy, på köpet."

Källa: <http://www.rawfood.se/rawfood/rawfood-som-livsstil/>

Med raw food (råkost) menas mat som äts oupphetad, med en önskan om att behålla matens näringsämnen, motståndet och matens klara, fina och smakrika färgerna.

För att minska påfrestningen på kroppen äts oftast ekologiskt odlad mat inom raw food. Man minskar proteinintaget och går oftast på en helt vegetarisk kost. En diet med raw foods rekommendationer innehåller frukt, grönsaker, färska frukt- och grönskaksjuicer, groddar, örter, nötter och frön, fermenterade grönsaker, sjögräs och alger samt olika former av antioxidant- och näringsrika produkter (superfood) och svampar. De flesta följare undviker mjölkprodukter och vete ur sin kosthållning eftersom dessa råvaror är tillagade och har upphettats under framställningen. Vete byts ut mot bovete, ljus redning byts mot boveteflarn eller röda linser och bröd, pasta, potatis och ris kan istället ersättas med groddar eller bönor. Traditionellt vitt socker utesluts och ersätts av t.ex. råsocker och honung.

Upphetning av mat inom raw food undviks så långt det är möjligt. Man kan lätt woka eller ångkoka maträtten, men då aldrig över 32-34 grader eftersom råvarornas enzymer dör vid den temperaturen. För ett maximalt innehåll av mineralämnen och vitaminer i sin mat bör upphettningen inte överstiga 70 grader. Istället kan maten tillagas genom att mixa eller centrifugera t.ex. kalla soppor samt färskpressade smoothies och juicer.

Källor:

Rawfood. (2010).

<http://www.rawfood-kost.se/>

Raw - Mer energi, mer glädje, mer du! (2013).

<http://www.rawfood.se/rawfood/vad-ar-rawfood/>

Stenålderskost/Paleo

Stenålderskost kallas även Paleo, vilket kommer från den paleolitiska tidsperioden. Tanken bakom dieten är att människorna på stenåldern åt nyttigare och led inte av de välfärdssjukdomar som finns idag. Det kan vara svårt att veta vad våra förfäder åt, och det berodde säkerligen även på var de bodde. Vi är troligtvis rätt lika våra förfäder biologiskt sett men vårt sätt att leva har förändrats radikalt jämfört med hur de levde. Då de på stenåldern ofta hade brist på mat har vi nu mat i överflöd. Det kan vara därför vi tenderar att äta mer än vi behöver. En grundare till Paleo dieten/stenålderskost är den amerikanske Loren Cordain, som skrivit fler böcker i ämnet.

Vill man följa stenåldersdieten ska man utesluta socker, salt samt mjölk- och spannmålsprodukter ur sin kost. Man ska basera sin kost på viltkött, fisk, rotfrukter, nötter, bär och frukt. Detta eftersom det här var mat som våra förfäder hade tillgång till genom jagande och samlande. Det finns olika variationer på stenålderskosten beroende på vem som är förespråkaren. Undviker man spannmålsprodukter och mjölkprodukter bör man vara noga med att få i sig alla näringsämnen på annat sätt.

Läs mer:

The Paleo Diet. (2012).
<http://thepaleodiet.com/>

Källor:

Livsmedelsverket. (2009). Stenålderskost.
<http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maten-och-var-halsa/Stenalderskost/>

Viktväktarna

Viktväktarnas diet grundades i New York år 1963. Grundaren var en hemmafru som hade fått nog av sin övervikt. Till Sverige kom metoden först år 1972 och har sedan dess uppdaterats i flera omgångar, i och med att nyheter och ny forskning om kost och hälsa ständigt framkommit.

Viktväktarna vill nå ut till de som önskar en viktnedgång medan de understryker att de inte förmedlar en bantningskur utan en förändrad livsstil. Viktväktarnas rekommendationer och matrecept anses också vara lämplig för hela familjen.

En som följer Viktväktarnas program undviker att äta energirik mat, såsom skräpmat som bl.a. innehåller dåliga fetter och socker. Man kontrollerar sitt energiintag genom att räkna ihop varje måltids propoints-värde, istället för att räkna i kalorier. Det rekommenderade energiintaget är individuellt och man kombinerar själv sina måltider enligt de propoints man vill hålla sig till. Vill man gå ner i vikt bör man inta energisnål mat som ger låga propoints.

De flesta frukter och grönsaker har ett värde på 0 propoints, vilket betyder att en viktväktare kan äta mycket frukt och grönt. Andra produkter som enligt viktväktarna kan ätas i större mängder är baljväxter, nötter, frön, ägg, kött, fisk, flytande fetter, magra mejeriprodukter och fullkornsprodukter. Viktväktarna erbjuder inga färdigpaketerade måltider och vill heller inte förbjuda någon viss maträtt. Detta program är ingen modediet utan ett realistiskt sätt att äta bra mat.

Rekommenderad viktnedgång per vecka är max 1 kg. Detta med tanke på att du samtidigt som vikten reduceras skall lära dig hur du bör förändra din kosthållning för att behålla en hälsosam vikt när målvikten är nådd.

Det finns i dagens läge inga kända hälsorisker med viktväktarnas rekommendationer. Dieten är även godkänd enligt de svenska och de nordiska näringsrekommendationerna.

Viktväktarna arbetar utifrån fyra grundpelare: mat, motivation, möten och motion. De erbjuder även sina kunder tjänster via nätet och mobila appar. Programmet som rekommenderas av Viktväktarna är avgiftsbelagd.

Läs mera:

Må Bra – Tabell med ProPoints

<http://mabra.com/tabell-med-propoints-sa-latt-valjer-du-ratt/>

Räkna ut Viktväktarnas Propoints

<http://www.raknaut.se/points.aspx>

Heikius, A. (2011). Allt fler kommersiella aktörer erbjuder viktnedgång via nätet.

Läkartidningen, 49 (108), 2590-2593.

<http://larkiv.lakartidningen.se/2011/temp/pda40485.pdf>

En artikel där du bl.a. kan läsa om de kommersiella dieternas positiva egenskaper.

Källor:

Dietguiden - Allt om dieter och viktnedgång.(u.å)

<http://www.dietguiden.com/viktvaetarna.php>

Matvett.se - Dietister om mat och hälsa. (2014).

<http://www.matvett.se/viktvaetarna/>

Viktväktarna. (2014).

<http://www.viktvaetarna.se/>

5:2 dieten



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ursprung

- ∞ Grundaren av 5:2 dieten är den brittiske läkaren och vetenskapsjournalisten Michael Mosley.
- ∞ Han har gjort dokumentären *Eat, fast and live longer*, som handlar om 5:2 dieten.

→ Se dokumentären

http://www.dailymotion.com/video/xvdbtt_eat-fast-live-longer-hd_shortfilms

L. Andersson & I. Sandin (2014)



Hur fungerar dieten?

- ⇒ Dieten går ut på att man fastar två dagar i veckan och äter normalt de övriga fem dagarna.
- ⇒ Fastedagarna behöver inte komma efter varandra så länge de är två dagar per vecka.
- ⇒ Under fastedagarna ska man som
 - kvinna äta 500 kalorier per dag
 - man äta 600 kalorier per dag.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Syfte

- ⇒ Förespråkarna påstår att 5:2 dieten
 - ger vikttnedgång
 - förlänger livet
 - förebygger uppkomsten av olika cancertyper
 - minskar risken för demenssjukdomar, t.ex. Alzheimers
 - saktar ner nyproduktionen av celler och kroppen istället reparerar cellerna. Detta ger en inbromsning av åldersrelaterade sjukdomar, t.ex. diabetes. Vid ett normalt matintag dagligen befinner sig kroppens celler i ett stressläge, där nya celler tillverkas utan att de gamla repareras. När man fastar två dagar hinner inte kroppen påbörja nedbrytning av muskler, endast fett.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

☞ **Motståndarna anser:**

- Att man istället för att kraftigt dra ner på kalorierna vissa dagar, kunde minska lite på kaloriintaget varje dag.
- att risken är stor att man frossar de dagar man inte fastar.
- Att 5:2-dieten är en tillfällig metod och att man istället borde satsa på en kosthållning som passar en själv och som man orkar hålla mer som en livsstil.

L. Andersson & I. Bandin (2014)

Olika varianter av 5:2 dieten

☞ **6:1 metoden:**

Det innebär att man faste-äter endast en dag per vecka. 5:2 dietens grundare Michael Mosley ser det som en underhållsmetod om man inte vill gå ner mer i vikt men ändå få de positiva hälsoeffekterna av fastan.

☞ **16:8 metoden:**

Man äter under en tidsintervall på 8 timmar/dygn och sedan inte under de 8 övriga timmarna på dagen. De 8 resterande timmarna av dygnet går åt till sömn. Exempel: Man äter mellan klockan 12 på dagen till klockan 20 på kvällen, men inte under de övriga timmarna.

L. Andersson & I. Bandin (2014)

☞ 4:3 metoden:

Man äter normalt under 4 dagar i veckan och har ett mindre kaloriintag under de tre övriga dagarna.

☞ Varannandags fasta:

Man äter som vanligt varannan dag och varannan dag äter du 25% av ditt dagliga energiintag, mellan 400-700 kalorier beroende på din vikt. Metoden kan vara svår att använda under en längre tid, med tanke på sociala sammanhang. Det krävs mycket viljestyrka.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Läs mer

- ☞ NHS choices. (2013). *Does the 5:2 intermittent fasting diet work?*

<http://www.nhs.uk/news/2013/01January/Pages/Does-the-5-2-intermittent-fasting-diet-work.aspx>

Nyhetsartikel om för- och nackdelar med 5:2-dieten.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- ⇒ Karolinska Institutet. (2011). *Stephan Rössner – motståndare till 5:2 dieten.*
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=2889&l=sv>
- ⇒ Sveriges Television. (2013). *Är metoden för tuff? Agenda – Fördjupande samhällsprogram.*
<http://www.svt.se/agenda/klarar-vi-av-5-2-dieten>
- ⇒ Karolinska Institutet. (2013). *Kerstin Brismar - Hon står upp för 5:2-dieten.*
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=39924&a=171149&l=sv>
- ⇒ **Bildkälla:**
http://www.thetimes.co.uk/tto/multimedia/archive/00369/118793203_369300c.jpg

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Atkins



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ursprung

- ↪ Atkins dieten har sitt ursprung i 1960-talet
- ↪ Grundaren är Dr. Robert C. Atkins

L. Andersson & I. Sandin (2014)



Hur fungerar dieten?

- ∞ Dieten är avsedd för viktninskning
- ∞ Bygger på en kolhydratfattig kost som gör att kroppen går i ketos
= fett i kroppen förbränns när glukosintaget från kolhydrater uteblir.
- ∞ Dieten består av fyra faser

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Induktionsfasen

ca. 2 veckor eller tills man tappat 10 % av sin övervikt

Syfte: Försätta kroppen i ketos = kroppen ändras från att främst förbränna kolhydrater (glukos) till att förbränna fett. Detta sätter fart på viktnedskningen.

- ∞ Ät endast 20 gram kolhydrater/dag – största delen av kolhydraterna bör komma från grönsaker.
- ∞ **Tillåtet att äta:** obegränsade mängder kött, fisk, skaldjur, ägg, olivolja, majonnäs, ost och vissa grönsaker, t.ex. gurka och sallad. Rekommenderas även multivitaminer och omega-3.
- ∞ **Undvik:** socker, mjölk, frukt, pasta, ris, potatis, flingor, bönor, rotfrukter, alkohol samt stora mängder koffein.
- ∞ Under fasen ska man äta regelbundet, inte hoppa över måltider eller svälta sig själv.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Viktnedskningsfasen

Tills du är 4,5 kg från målvikten

Syfte: Att utforska sin kolhydrattolerans, hur stort kolhydratintag man kan ha och ändå gå ner i vikt, hålla aptiten under kontroll och känna sig pigg.

- ⇒ Öka gradvis de kolhydrater som påverkar blodsockret (nettokolhydrater)
- ⇒ **Tillåtet att äta:** rekommenderad mängd protein, naturliga fetter, stor mängd vätska samt ett tillräckligt intag av salt.
- ⇒ Restriktionerna av de livsmedel du inte ska äta, blir mindre i denna fas. Du kan nu också äta nötter, frön, kolhydratsnåla bär och frukter, mer mjölkprodukter, en del grönsaksjuicer samt baljväxter.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Övergångsfasen

Så länge att din målvikt hålls i en månads tid

Syfte: Att hitta en balansnivå för kolhydratintaget.

- ⇒ Det är inte längre viktigt att kroppen är i ketos.
- ⇒ Öka kolhydratintaget med 10 gram per vecka för att följa med när gränsen för viktuppgång nås och vikten ökar.
- ⇒ Red ut hur stort kolhydratintag man kan ha utan att gå upp eller ner i vikt, samt vilka livsmedel man inte kan hantera att äta lagom mycket av.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Underhållsfasen

Livet ut

Syfte: Att kunna fortsätta enligt de vanor man skaffat sig under de tidigare faserna.

- ∞ Man skall hålla sig till en lågkolhydratkost och undvika allt med socker eller andra kolhydrater som påverkar blodsockret.
- ∞ Undvik livsmedel som utlöser hetsätning eller ett svårhanterligt sug.
- ∞ Undvik att öka mer än 2,5 kg i vikt. Vid en större viktökning kan man börja om från fas ett igen.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- ∞ Atkins – The Low Carb Expert. (2012). <http://se.atkins.com/>
- ∞ Bildkälla: <http://www.atkinsfoundation.org/images/banner-home.png>

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Cambridge



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ursprung

- ↪ Cambridge viktprogram är originalet till VLCD (Very Low Calorie Diet)*
- ↪ Utarbetades 1970 av Alan Howard, professor i näringsfysiologi vid University of Cambridge.

* VLCD definieras som en näringsriktigt diet med ett mycket lågt intag av kalorier, 450-800 kcal/dag

L. Andersson & I. Sandin (2014)



Hur fungerar dieten?

"Cambridge Viktprogram har som mål att hjälpa människor till hälsosamma och lättare liv genom trygg och långsiktig viktnedgång. Vårt viktprogram är sammansatt så att du snabbt tappar din övervikt men också får hjälp och verktyg att förändra dina dåliga mat- och motionsvanor. Vår vision är att du ska kunna behålla denna nya livsstil resten av ditt liv!"
(Cambridgeviktprogram.se)

- Måltidsersättningar erbjuds i form av soppor och shakes. Dessa innehåller de vitaminer, mineraler och spårämnen som kroppen behöver men med ett kaloriinnehåll på 160 kcal per måltid.

L. Andersson & I. Bandin (2014)

- ⇒ Programmet består av sex nivåer.
- ⇒ Nivåerna kan vidare delas in i *viktminskning, stabilisering och hålla vikten*-nivåer.
- ⇒ Under hela förloppet genom alla nivåer har man en certifierad rådgivare vid sin sida som stöd.

	NIVÅ 1		NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5	NIVÅ 6
KALORIER	475	600+	800+	1000+	1400+	1600+	2000+
PROGRAM	ENBART CAMBRIDGE	LIFTRÄPPNING	KOMBINERA MED MAT	KOMBINERA MED MAT	KOMBINERA MED MAT	STABILISERING	HÅLLA VIKTEN
VIKTNEDGÅNG/VECKA	1,5 - 4 KG	1 - 3,5 KG	1 - 3 KG	1 - 2 KG	0,5 - 1 KG	0 - 0,5 KG	0 KG
ANTAL VECKOR	1 - 3 VECKOR	MIN 1 VECKA	MIN 1 VECKA	MIN 2 VECKOR	MIN 2 VECKOR	MIN 10 VECKOR	24 MÅNADER

Tabellen ovan anger endast en ungefärlig viktnedgång och tar inte hänsyn till kön, ålder, vikt, genetiska faktorer eller fysisk aktivitet.

Bildkälla:
<http://stats.combifors.se/finansiellmonednyn.se/>

L. Andersson & I. Bandin (2014)

Cambridge Nivå 1

- ↻ Tre Cambridgemåltider per dag intas – ett totalt dagsintag på 470 kalorier.
- ↻ Måltiderna ger kroppen den näring som är nödvändig, men med ett mindre kaloriinnehåll.
- ↻ Till detta bör man dricka 2,5-3 liter vätska per dag.
- ↻ Nivån följs 1-3 veckor för att senare öka kalorimängden till 600 kcal/dag i minst en veckas tid.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Cambridge Nivå 2-4

- ↻ Cambridgemåltiderna ersätter någon eller ett flertal av dagens vanliga måltider.
- ↻ Viktreduceringen är något långsammare än under första nivån.
- ↻ Det dagliga kaloriintaget ligger på 800-1400 kcal/dag.
- ↻ Nivåerna följs minst 1-2 veckor per nivå.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Cambridge Nivå 5

- ⇒ Syftet med denna nivå är att stabilisera sin nådda trivselvikt.
- ⇒ Kaloriintaget på nivån är kring 1600 kcal/dag.
- ⇒ Nivån följs i minst 10 veckors tid.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Cambridge Nivå 6

- ⇒ Det dagliga kaloriintaget är ca 2000 kcal.
- ⇒ Med stöd av sin rådgivare skall följaren kunna övergå till vanlig kosthållning, med inslag av Cambridge produkter som t.ex. mellanmål.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Variation av Cambridge viktningsprogram

- ⇒ Istället för att fullfölja programmet med sex nivåer kan man välja att använda Cambridge måltidsprodukter som ersättning för en eller två måltider/mellanmål med vanlig mat per dag.



L. Andersson & I. Sandin (2014)

För vem lämpar sig inte Cambridge?

- ⇒ Att använda sig av enbart Cambridge produkter (nivå 1) för att få en snabb viktningsminskning kräver att vissa hälsokriterier uppfylls. Tillsammans med rådgivaren fylls alltid ett hälsoformulär i innan dieten påbörjas.
- ⇒ De som inte bör använda Cambridge måltider som enda näringskälla är personer som lider av:
 - diabetes typ 1 (personer med typ 2 kan följa programmets alla faser)
 - ätstörningar
 - hjärt- och kärlsjukdomar
 - nedsatt njur- eller leverfunktion
 - giktsamt
 - gravida och ammande kvinnor
 - personer under 18 år
 - personer som använder något läkemedel

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Läs mer

- ⇒ Heikius, A. (2011). Allt fler kommersiella aktörer erbjuder viktminskning via nätet. *Läkartidningen*, 49 (108), 2590-2593.

<http://larkiv.lakartidningen.se/2011/temp/pda40485.pdf>

En artikel där du bl.a kan läsa om de kommersiella dieternas positiva egenskaper.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Eventuella biverkningar

- | | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⇒ Huvudvärk | p.g.a. för litet vätskeintag |
| ⇒ Yrsel | p.g.a. för litet vätskeintag |
| ⇒ Dålig andedräkt | |
| ⇒ Trög mage | p.g.a. minskat fiberintag |
| ⇒ Lös mage | p.g.a. ovana med de mineralämnen som finns i Cambridge produkter |
| ⇒ Gallsten | orsakas av att kroppens vävnader utsöndrar mer kolesterol under en kraftig viktminskning, vilket omvandlas till kolesterolkristaller och lagras i gallan. |
| ⇒ Håravfall | orsakas av många faktorer, såsom stress, känslomässighet, någon svår sjukdom, undernäring, hormonella förändringar, snabb viktminskning |

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor:

- ↪ Cambridge hemsida. (u.å). <http://www.cambridgeviktprogram.se/>
- ↪ Bildkällor:
 - <http://dieta-cambridge.pl/images/img-onas-wywiad-new.jpg>
 - http://www.cambridgeweightplan.nl/files/fotos/Cambridge_800_Shake_ChocolateMunt260x239.jpg
 - <http://www.wellnessthlm.se/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/imagesCASXIZND1.jpg>

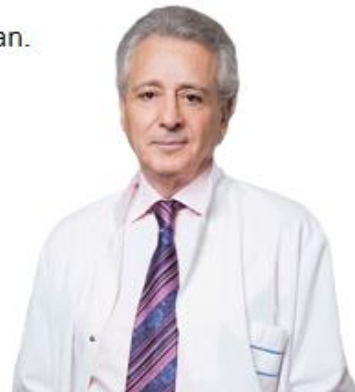
Dukan dieten



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ursprung

- Dukan dieten skapades år 2000.
- Grundaren är fransmannen och dietisten Pierre Dukan.



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Hur fungerar dieten?

- ∞ Dieten går ut på att gå tillbaka till de livsmedel som åts av den ursprungliga människan.
 - protein och grönsaker i de mängder man önskar
- ∞ Dieten består av fyra olika faser.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Attackfasen

ca 1 veckas tid

- ∞ Man håller sig till protein och magra mjölkprodukter.
- ∞ Havrekli bör dock intas för att ge några dagliga kolhydrater och fibrer. Fibrer binder kalorierna från maten och begränsar absorptionen av dem.
- ∞ Under fasen sker oftast en snabb och motiverande viktninskning, oftast p.g.a. en stor vätskeförlust, som bör ersättas med minst 1,5 liter vatten per dag.
- ∞ **Lämpliga livsmedel:** oxkött, kalkon, kycklingfilé utan skinn, mager fisk, skaldjur, ägg, mejeriprodukter med en fettprocent så nära 0 % som möjligt samt osötat kaffe och te.
- ∞ Fysisk aktivitet: 20 min/dag

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Cruicefasen

tills man nått sin målvikt (ca 6 dagar per kilo)

- ⇒ I denna fas lägger man till vissa tillåtna grönsaker vissa dagar.
- ⇒ **Lämpliga grönsaker:** kål av olika slag, lök, gurka, tomat, broccoli, sallad, morötter och spenat.
- ⇒ Fysisk aktivitet: 30 min/dag

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Sammanlaggningsfasen

ca 10 dagar per tappat kilo i föregående fas

- ⇒ I denna fas sätter man till spannmålsprodukter, såsom potatis, pasta och bröd i lagom stora mängder, i sin kost.
- ⇒ En dag i veckan skall allt matintag bestå av proteinkällor.
- ⇒ **Lämpliga livsmedel:**
 - En frukt/dag
 - Två skivor fullkornsbröd/dag
 - 40 gram ost/dag
 - En måltid pasta eller potatis/vecka
 - Rätter av griskött och lamm
 - Ett glas vin/vecka
- ⇒ Fysisk aktivitet: 25 min/dag.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Stabiliseringsfasen

Livet ut eller för att hålla sin nya trivselvikt

- ⇒ Följaren kan välja sin kost enligt önskemål, utan att överdriva med stora portioner, söta bakverk eller skräpmat.
- ⇒ I denna fas ingår också en dag per vecka när proteinhaltiga livsmedel är den enda näringskällan (som i Attackfasen).
- ⇒ Fysisk aktivitet: 20 min/dag.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Sammanfattning av Dukan dietens faser

	Attack	Cruise	Sammanlagning	Stabilisering
Välj från	Råvaror med högt protein	+ Grönsaker	+ frukter, stärkelsenika livsmedel, fullkornsbröd, ost	Inkluderar livsmedel från alla näringsgrupper
Uppskattad viktnedgång	~1-3,6 kg under fasen	~1 kg/vecka		
Duration	2-7 dagar	ca 6 dagar per kilo	ca 10 dagar per tappat kilo i Cruisefasen	Livet ut
Mängd havre kli (matsked/dag)	1,5	2	2,5	3
Fysisk aktivitet (mängd/dag)	20 min	30 min	25 min	20 min

<http://www.dukandiet.co.uk/low-carb-diet/4-phases> (översatt till svenska)
L. Andersson & I. Sandin (2014)

Läs mer

- ∞ Lagiou, P., Sandin, S., Lof, M., Trichopoulos, D., Adami, H-A. & Weiderpass E. (2012). *Low carbohydrate-high protein diet and incidence of cardiovascular diseases in Swedish women: prospective cohort study*. British Medical Journal. (Publicerad 26 Juni 2012).
<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e4026.pdf%2Bhtml>

Studien handlar om sambandet mellan hjärt- och kärlsjukdomar och dieter med lågkolhydrathalt samt hög proteinhalt. Studien genomfördes i Sverige åren 1991-1992. Resultat framkom var att om man följer en lågkolhydratdiet med högt proteinintag utan restriktioner gällande proteinkällor kan det, statistiskt sett finnas ett samband med ökad risk för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- ∞ Dukan diet - Unique & Truly Personalised Weight Loss Coaching. (u.å).
<http://www.dukandiet.co.uk/low-carb-diet/4-phases/attack-phase>
- ∞ Dukan.nu (2014). <http://www.dukan.nu/>
- ∞ Bildkälla: <http://blogs.lesinrocks.com/billetdur/files/2012/01/dukan-604.jpg>

L. Andersson & I. Sandin (2014)

GI-metoden



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ursprung

- ∞ Togs från början fram som en hjälpmetod för diabetiker för att deras blodsocker skulle hållas på en jämnare nivå för att underlätta insulindoseringen.
- ∞ GI = Glykemiskt index
 - Hur snabbt blodsockret höjs av en viss mängd kolhydrater i ett livsmedel
 - Referenser är gjorda med 50 gram av kolhydratinnehållande livsmedel
 - ex. 50 gram kolhydrater från vitt bröd har ett GI-värde på 100, vilket räknas som högt



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Hur fungerar dieten?

- ⇒ Glykemiskt index har att göra med hur snabbt blodsockret höjs av en viss mängd kolhydrater.
- ⇒ Det finns inga regler för vilka livsmedel som räknas innehålla snabba och långsamma kolhydrater, men t.ex. socker och vitt mjöl räknas som snabba kolhydrater.
- ⇒ Om man följer GI-metoden ska man välja livsmedel som ger en långsammare blodsockerhöjning för att undvika toppar och dalar i blodsockerkurvan.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

- ⇒ GI används på kolhydratrika livsmedel såsom potatis, bröd, pasta, ris osv. GI används inte på t.ex. Proteinrika livsmedel, som kött.
- ⇒ Dieten ska helst följas som en del av livsstilen än som en tillfällig bantningsdiet.
- ⇒ Fastän fettrika livsmedel som smör och grädde inte innehåller kolhydrater räknas det ändå inte som nyttigt i denna diet.
- ⇒ Många gör det felet att de helt utesluter kolhydrater då de följer GI, men det är inte vad man rekommenderar i dieten. Det är enbart kolhydratrika livsmedel som man tillämpar GI-metoden på.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ät detta

- ↪ Det finns inga speciella livsmedel som man ska äta, utan man väljer långsamma kolhydrater framom snabba kolhydrater då det handlar om livsmedel och produkter med mycket kolhydrater.
- ↪ Exempel: Man väljer fullkornsbröd istället för vitt bröd.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Undvik detta

- ↪ Exempel på livsmedel som man ska äta mindre mängder av är:
 - potatis
 - bröd
 - pasta
 - vitt ris
 - frukostflingor
 - socker
 - kakor och bakverk
 - godis
 - sötade drycker

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Läs mer

- ☞ GI tabell över livsmedel
<http://www.gi-metoder.se/gi-tabell/>
- ☞ Livsmedelsverket i Sverige om GI
<http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Vad-innehaller-maten/Kolhydrater/GI-Glykemiskt-index/>

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- ☞ Johansson, U. (2007). *Näring och hälsa - med speciella hänvisningar till vegetarisk kost*. Lund: Studentlitteratur AB.
- ☞ Brunnberg, M. (2006). *Allt om näringslära*. Stockholm: Fitnessförlaget.
- ☞ Bildkälla:
http://img.breakingmuscle.com/sites/default/files/imagecache/full_width/images/bydate/jul_19_2012_-_246pm/shutterstock_5611183.jpg

L. Andersson & I. Sandin (2014)

ISO dieten



L. Andersson & I. Bandin (2014)

Ursprung

- ↻ Framtagen av de svenska näringsfysiologerna Fredrik Paulún, Kristina Andersson och Martin Brunnberg.
- ↻ Idén för dieten är att de plockat det bästa ur flera olika dieter för att skapa den optimala dieten



Hur fungerar dieten?

∞ Iso är grekiska och betyder lika.

∞ Det dagliga energiintaget ska bestå av 33 % fett, 33 % kolhydrater och 33 % protein.
(jfr. Finlands näringsrekommendationer: 25-40 % fett, 45-60 % kolhydrater och 10-20 % protein)

∞ Per dag ska man äta 1600 kcal uppdelat på 5 måltider.

∞ Maten ska göras från grunden, inga halvfabrikat!



L. Andersson & I. Sandin (2014)

∞ Dieten har två regler:

1. Ät så att du orkar träna.
 - Orkar du inte träna äter du för lite.
2. Bli inte hungrig
 - Blir du hungrig gör du dåliga matval, som att falla för frestelser som godis eller annat sött.

∞ Om man följer dieten strikt lovar grundrarna en viktminskning med 1 kg per vecka.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ät detta

- ↪ Livsmedel med lågt GI (glykemiskt index).
- ↪ Näringstät mat = mat som innehåller mycket vitaminer, mineraler, fibrer och antioxidanter.
- ↪ Fetterna ska till största del bestå av omättade fetter.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Undvik detta

- ↪ socker
- ↪ vitt mjöl
- ↪ mättade fetter

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- Netdoktor.se (2011). *ISO-diet och viktminskning*.
<http://www.netdoktor.se/traning-kost/artiklar/iso-diet-och-viktminskning/>
- Isodieten - Naturlig mat i rätt proportioner. (2013).
<http://www.isodieten.se/>
- Statens näringsdelegation, 2014
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf
- Bildkällor:
http://iform.se/files/bonnier-ifo/imagecache/430x250/paulun_0.jpg
http://www.toppghalsa.se/InternalFiles/ToppghalsaAcademy/kristina_andersson.jpg
<http://fitnessfestivalen.se/wp-content/uploads/2012/08/Martin-Brunnberg-copy2-300x287.jpg>
<http://www.manadensbok.se/Images/Articles/Stor/12478.jpg>

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Läs mer

- Paulún, F., Andersson, K. & Brunnberg, M. (2010). *Isodieten – Gå ner ett kilo i veckan*
- Grundarnas hemsida om dieten:
<http://www.isodieten.se/>



L. Andersson & I. Sandin (2014)

LCHF



Low Carb High Fat

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ursprung

- ☞ Dieten har sitt ursprung i Sverige.
- ☞ Förespråkare av dieten är bland annat Annika Dahlqvist och Andreas Eenfeldt (känd som Kostdoktorn).



L. Andersson & I. Sandin (2014)



Hur fungerar dieten?

- ☞ LCHF är en viktningsdiet som går ut på att man äter mera fett och mindre kolhydrater.
- ☞ Man ska äta lite kolhydrater för att få en stabilare blodsockerkurva.
- ☞ Då blodsockret hålls på en lägre nivå reduceras även insulinproduktionen, vilket leder till en ökad frisättning av fett från fettvävnaden och det ger således en ökad fettförbränning.
- ☞ Istället för mycket kolhydrater ska man tillsätta mera fett i sin kost.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ät detta

- ☞ kött (nöt, gris, vilt, kyckling, gärna ekologiskt)
- ☞ fisk och skaldjur (gärna fet fisk, t.ex. lax, makrill eller strömming, utan panering)
- ☞ ägg
- ☞ grönsaker som växer ovan jord (alla sorters kål, sparris, squash, aubergine, oliver, spenat, svamp, gurka, grönsallad, avokado, lök, paprika, tomat m.m.)
- ☞ naturliga fetter (smör, olja)
- ☞ nötter
- ☞ bär

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Undvik detta

- ☞ socker
- ☞ stärkelserik mat (bröd, pasta, ris och potatis, gröt och müsli)
- ☞ margariner
- ☞ frukt (äts vid behov endast som godis)

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Eventuella biverkningar

- ☞ Vanliga symptom såsom huvudvärk, trötthet, yrsel, lättare hjärklappning och irritabilitet kan under de första dagarna med den nya kosten förekomma. Detta p.g.a. ett tvärt avslut med intag av socker och stärkelse.
- ☞ I början av LCHF-dieten tappar man överskottsvätska via njurarna och kan få vätske- och saltbrist den första veckan. Genom att ta in extra vätska och salt lindras symptomen.
- ☞ På grund av det låga fiberintaget kan man få förstoppning.
- ☞ Forskning visar ännu inte de långvariga effekterna med LCHF.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Läs mer

- ∞ LCHF.se – Ät dig frisk och smal. (2009)
<http://www.lCHF.se/Startsida/InfoomLCHF.aspx>
- ∞ Dr Annika Dahlqvists LCHF-blogg
<http://annikadahlqvist.com/om-lCHF/>
- ∞ Eenfeldt, A. (2011). *Matrevolutionen – ät dig frisk med riktig mat.*



L. Andersson & I. Sandin (2014)

- ∞ Erlanson-Albertsson, C. (2011) Högfettdieter är inte harmlösa- allvarliga hälsorisker har kartlagts. *Läkartidningen* 51-52 (108), 2713-2717.
http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/17565/LKT1151s2713_2717.pdf
Artikel om de hälsoeffekter som LCHF och andra högfettdieter kan orsaka, bl.a. ateroskleros, bröst- och tjocktarmscancer, minnesstörningar, depression samt ett utvecklat beroende.
- ∞ Ravnskov, U. & Johnsson, B. (2012). Riskerna med fettrik diet är överdrivna. *Läkartidningen*, 9-12 (109), 486-487.
<http://larkiv.lakartidningen.se/2012/temp/pda40872.pdf>
Skribenterna kommenterar artikeln *Högfettdieter är inte harmlösa- allvarliga hälsorisker har kartlagts* (se länken ovanför) och tar upp de goda sidorna med en högfettdiet, som LCHF.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- ☞ Livsmedelsverket. (2013). *Frågor och svar om LCHF*.
<http://www.slv.se/sv/Fragor-svar/Fragor-och-svar/Mat-och-naring/Fragor-och-svar-om-LCHF/>
- ☞ Kostdoktorn - Riktig mat för din hälsa. (2014).
<http://www.kostdoktorn.se/lCHF>
- ☞ Bildkällor:
<http://mittlchfliv.se/wp-content/uploads/2013/01/andreas-257x300.jpg>
<http://www.kostdemokrati.se/midi/files/2012/07/Annika-Dahlqvist.jpg>

LCHQ



Low Carbohydrate High Quality

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Hur fungerar dieten?

- LCHQ är framtagen som en mindre strikt variant till LCHF (Low Carb High Fat).
- Har som mening att hålla ner kolhydrater och ha ett högre intag av fett och protein men där man till skillnad från LCHF vill betona att fettet skall vara av god kvalitet. Bra kvalitet innebär att man inte äter för mycket av de animaliska mättade fetterna.
- Förespråkarna till LCHQ har som avsikt att överviktiga kommer att gå ner i vikt med dieten

L. Andersson & I. Sandin (2014)



Ät detta

- ☞ rotsaker
- ☞ grönsaker
- ☞ frukt och bär i måttliga mängder
- ☞ små mängder bulgur, quinoa och vildris
- ☞ nötter och frön
- ☞ oliv- och rapsolja
- ☞ avocado
- ☞ kokosfett och -mjölk
- ☞ kvarg
- ☞ grynost
- ☞ mjölk
- ☞ ost
- ☞ magra köttprodukter
- ☞ kyckling
- ☞ fisk och skaldjur
- ☞ ägg
- ☞ kaffe och te
- ☞ måttliga mängder alkohol

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Undvik detta

- ☞ pasta
- ☞ pulvermos
- ☞ vitt ris
- ☞ godis
- ☞ bakverk innehållande vitt socker
- ☞ glass
- ☞ läsk
- ☞ sötade livsmedel
t.ex. smaksatt youghurt
- ☞ feta charkuteriprodukter
t.ex. korv och bacon
- ☞ grädde och smör kan användas
i måttliga mängder

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- ⇒ Matvett.se - Dietister om mat och hälsa. (2014).
<http://www.matvett.se/lchq/>
- ⇒ Bildkälla:
<http://www.matvett.se/wp-content/uploads/2013/01/lchq.jpg>

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Medelhavsdieten



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ursprung

- ∞ Från medelhavsområdet, främst Kreta.
- ∞ Eftersom invånarna i medelhavsområdet haft mindre hjärt- och kärlsjukdomar, (åtminstone förr, innan all snabbmat), menar forskare att det är en diet som motverkar folksjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Hur fungerar dieten?

- ∞ Man äter en kost som motsvarar den kost man har runt medelhavet.
- ∞ Man ska även tänka på att äta långsamt och njuta av maten i gott sällskap.
- ∞ Fokus ligger på rena och färska råvaror. Halvfabrikat och konserver undviks.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

- ∞ Medelhavskosten sägs enligt forskare minska risken för
 - hjärt- och kärlsjukdomar
 - cancer
 - Parkinsons
 - Alzheimerssamt
 - lindra reumatismbesvär
 - sänka kolesterolvärdet
- ∞ Medelhavskosten är inte enbart tänkt som en diet för viktnedgång, utan som en livsstil som man kan följa under en lång tid.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ät detta:

- ∞ fullkornsspannmål
- ∞ baljväxter
- ∞ rotfrukter
- ∞ frukt
- ∞ grönsaker
- ∞ nötter
- ∞ frön
- ∞ oliver
- ∞ olivolja
- ∞ fisk

- ∞ skaldjur
- ∞ kyckling
- ∞ ägg
- ∞ honung
- ∞ get- och fårmjölksprodukter
- ∞ vin



Undvik detta:

- ∞ halvfabrikat
- ∞ koserad och fryst mat
- ∞ komjölksprodukter
- ∞ socker

Läs mer

- ↻ Estruch, R. & Ros, E. m.fl. (2013). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *The New England Journal of Medicine*, 368 (14), 1279-1290.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1200303>
En studie som påvisar att en Medelhavskost, med extra tillsatt jungfruolja och nötter, minskar risken för större kardiovaskulära effekter.
- ↻ Shai, I. & Schwarzfuchs, D. (2008). Weight Loss with a Low-Carbohydrate, Mediterranean or Low-Fat Diet. *The New England Journal of Medicine*, 359 (3), 229-241.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0708681>
I artikeln redogörs att Medelhavsdieten eller en kolhydratfattig kost kan vara effektiva alternativ till de fettsnåla dieterna.
Här hittar du en svenk sammanfattning av studien:
<http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Nya-ron/2013/04/Mer-fett-fran-notter-och-olivolja-gav-mindre-kardiovaskular-sjuklighet-an-lagfettkost/>

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- ↻ Sund nu. (2008). *Medelhavskost- nyttig mat för din hälsa*.
<http://www.sund.nu/docs/artikel.asp?tem=3&art=356>
- ↻ Bildkälla:
<http://www.kostdoktorn.se/wp-content/2013/02/riktigmat1.jpg>

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Raw Food



Råkost

L. Andersson & I. Sandin (2014)

"Tanken bakom Rawfood är att helt enkelt göra sig kvitt onödigt beroende av ämnen, substanser och kemikalier som dövar hjärnan och minimerar vår inre och yttre potential från att leva ett fullständigt högkvalitativt, harmoniskt och friskt liv. Resultatet är istället att du med nyvunnen fysisk och mental energi, ett klarare och skarpere intellekt, nu med en större kreativitet, kan se klarare på problem och enklare hitta lösningar till dessa. Förutom ovanstående kommer, en friskare, spänstigare och mer slimmad kropp samt vackrare och klarare hy, på köpet."

Raw - Mer energi, mer glädje, mer du!
(2013)

L. Andersson & I. Sandin (2014)



Hur fungerar dieten?

- Med *raw food* menas mat som äts oupphetad.
- Vid upphettning dör många enzymer vid 32-34 grader och många vitaminer och mineraler vid 70 grader. Därför bör man åtminstone inte överstiga 70 grader vid matlagningen om man vill bevara alla näringsämnen.
- Maten tillagas genom att mixa eller centrifugera, t.ex. kalla soppor och färskpressade smoothies och juicer.
- Man vill behålla matens näringsämnen, tuggmotståndet och matens klara, fina och smakrika färger.
- Ekologiskt förespråkas för att minska påfrestningen på kroppen.
- Dieten innebär ett minskat proteinintag och ofta en helt vegetarisk kost.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ät detta

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------|
| frukt | antioxidant- och näringsrika produkter (superfood) |
| grönsaker | svampar |
| färska frukt- och grönsaksjuicer | bovete |
| groddar | råsocker och honung som sötning |
| örter | |
| nötter | |
| frön | |
| fermenterade grönsaker | |
| sjögräs | |
| alger | |

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Undvik detta:

- ⇒ mjölkprodukter
- ⇒ vete
- ⇒ bröd
- ⇒ pasta
- ⇒ potatis
- ⇒ ris
- ⇒ vitt socker

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- ⇒ Rawfood. (2010).
<http://www.rawfood-kost.se/>
- ⇒ Raw - Mer energi, mer glädje, mer du! (2013).
<http://www.rawfood.se/rawfood/vad-ar-rawfood/>
- ⇒ Bildkälla:
http://www.redorbit.com/media/uploads/2012/10/shutterstock_80747170-617x416.jpg

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Stenålderskost (Paleo)



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ursprung

- En grundare till Paleodieten/stenålderskost är Loren Cordain.
- Tanken bakom dieten är att må bra av en kost som liknar den som våra förfäder på stenåldern åt, eftersom de inte led av de välfärdssjukdomar som vi idag har.
- På stenåldern hade man ofta brist på mat, medan vi idag har mat i överflöd. Därför har vi en tendens att äta mer än vad vi egentligen behöver.



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Hur fungerar dieten?

- ∞ Man väljer att äta en kost som liknar den som våra förfäder åt på stenåldern. En kost som de fick genom jakt och samlande.
- ∞ Det finns olika variationer på dieten beroende på vem som är förespråkaren.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ät detta

- ∞ viltkött
- ∞ fisk
- ∞ rotfrukter
- ∞ nötter
- ∞ bär
- ∞ frukt



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Undvik detta

- ↻ socker
- ↻ salt
- ↻ mjölkprodukter
- ↻ spannmålsprodukter



L. Andersson & I. Sandin (2014)



Läs mer

- ↻ The Paleo Diet. (2012).
<http://thepaleodiet.com/>

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- 80 Livsmedelsverket. (2009). *Stenålderskost*.
<http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maten-och-var-halsa/Stenalderskost/>
- 80 Bildkälla:
<http://thepaleodiet.com/wp-content/uploads/2013/09/CordainLoren0736-1120x1400-300x300.jpg>
<http://www.dailyhiit.com/hiit-blog/wp-content/uploads/2013/10/LS-Palio-Diet.jpg>
<http://us.123rf.com/400wm/400/400/tyanka/tyanka1003/tyanka100300002/6718927-oat-grains-isolated-on-a-white-background.jpg>
<http://shapemeup.se/wp-content/uploads/2012/10/mejeriprodukter.jpg>

Viktväktarna



L. Andersson & I. Sandin (2014)

Ursprung

- ∞ Viktväktarnas diet grundades i New York år 1963.
- ∞ Grundaren var en hemmafru som hade fått nog av sin övervikt.
- ∞ Sverige och övriga Norden tog emot metoden först år 1972.
- ∞ Sedan dess har programmet uppdaterats i flera omgångar, i och med att nyheter och ny forskning om kost och hälsa ständigt framkommit.

 **Viktväktarna®**
L. Andersson & I. Sandin (2014)

Hur fungerar dieten?

- Viktväktarna vill nå ut till de som önskar viktnedgång. Det understryks att de inte förmedlar en *bantningskur* utan en *förändrad livsstil*. Programmet är ingen modediet utan ett realistiskt sätt att äta bra mat.
- Viktväktarnas rekommendationer och matrecept anses vara lämplig för hela familjen.
- Det erbjuds inga färdigpaketerade måltider och man förbjuder inte heller någon viss maträtt.
- Viktväktarna arbetar utifrån fyra grundpelare: *mat*, *motivation*, *möten* och *motion*. De erbjuder även sina kunder tjänster via nätet och mobila appar.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

- Följaren undviker energirik mat, såsom skräpmat som bl.a. innehåller dåliga fetter och socker.
- Energiintaget kontrolleras genom att räkna ihop varje måltids *ProPoints-värde*, istället för att räkna i kalorier.
- Det rekommenderade energiintaget är individuellt och man kombinerar själv ihop sina måltider.
- Vill man gå ner i vikt bör man hålla sig till energisnål mat, med låga ProPoints.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

☞ De flesta frukter och grönsaker har ett värde på 0 ProPoints, vilket betyder att en följare kan äta mycket frukt och grönt.

☞ Andra energisnåla produkter som lämpar sig att äta är

- baljväxter
- nötter
- frön
- ägg
- kött
- fisk
- flytande fetter
- magra mejeriprodukter
- fullkornsprodukter

L. Andersson & I. Sandin (2014)

☞ Rekommenderad viktnedgång per vecka är max 1 kg.

☞ Detta med tanke på att du samtidigt som vikten minskar skall lära dig hur du bör förändra din kost för att behålla en hälsosam vikt när målvikten är nådd.

☞ Det finns i dagens läge inga kända hälsorisker med Viktväktarnas rekommendationer.

☞ Dieten är godkänd enligt de svenska och de nordiska näringsrekommendationerna.

☞ Viktväktarnas program är avgiftsbelagt.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Läs mer

- ☞ Må Bra - Tabell med ProPoints
<http://mabra.com/tabell-med-propoints-sa-latt-valjer-du-ratt/>
- ☞ Räkna ut Viktväktarnas ProPoints
<http://www.raknaut.se/points.aspx>
- ☞ Heikius, A. (2011). Allt fler kommersiella aktörer erbjuder viktminskning via nätet. *Läkartidningen*, 49 (108), 2590-2593.
<http://larkiv.lakartidningen.se/2011/temp/pda40485.pdf>
En artikel där du bl.a kan läsa om de kommersiella dieternas positiva egenskaper.

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Källor

- ☞ Dietguiden - Allt om dieter och viktminskning. (u.å)
<http://www.dietguiden.com/viktvakarna.php>
- ☞ Matvett.se - Dietister om mat och hälsa. (2014).
<http://www.matvett.se/viktvakarna/>
- ☞ Viktväktarna. (2014).
<http://www.viktvakarna.se/>
- ☞ Bildkälla: <http://www.resume.se/Global/Bilder/Foretag/Viktvakarna.jpg>

L. Andersson & I. Sandin (2014)

Hur förhålla sig till dieter i sitt arbete som hälsovårdare?

En hälsovårdare är i kontakt med kostrådgivning i många klientkontakter. Att klienterna följer viktnedskningsdieter blir också allt vanligare och det gäller att vara insatt i ämnet för att kunna ge de rätta råden. Som hälsovårdare bör man välja hur man tacklar de situationer som uppstår när en klient har tankar kring dieter och eventuellt har valt att följa en viss diet. Klienten kan komma med motargument till hälsovårdarens kostrådgivning. T.ex. att hälsosam mat är för dyr eller att det inte finns tid till matlagning av hälsosam kost. Som hälsovårdare bör man inte stänga dörren framför de klienter som väljer/har valt att följa en diet. Istället skall man stöda dem i kostförändringarna, för att i slutändan kanske få dem att välja att äta enligt nationella rekommendationer.

I examensarbetet *När dieter utmanar kostrådgivningen - En kvalitativ studie om hälsovårdarens arbete med kostrådgivning samt förhållningssätt till dieter* studerade skribenterna kring hur en hälsovårdare skall förhålla sig till olika viktnedskningsdieter i sitt arbete. I studien, som grundar sig på sju intervjuer med hälsovårdare som arbetar inom kostrådgivning, kom man fram till tre sätt att se på saken:

- **En diet kan vara en start på en ny livsstil.** Olika dieter kan användas för att få en motiverande start på viktnedskningen och ett hälsosammare liv. Att följa en viss diet innebär att man tänker över sin kosthållning mera och detta tänkesätt kan hjälpa klienten att även senare tänka mer på vad och hur han/hon äter.
- **Man har både ett positivt och ett negativt förhållningssätt till dieter.** Dieter kan ha många goda sidor, t.ex. det som många dieter förespråkar – ett minskat intag/ett förbud av socker, vitt mjölk och andra snabba kolhydrater. Det här är något som en hälsovårdare också rekommenderar i sin kostrådgivning. GI-metoden kan anses överensstämma med hälsovårdarnas rekommendationer, när man vill byta ut de snabba kolhydraterna mot de med bättre kvalitet.

Ofta har en diet även negativa sidor – t.ex. ett ökat fettintag och ett kraftigt minskat kolhydratintag. Dessa råd stämmer inte överens med de näringsrekommendationer som hälsovårdarna håller sig till och de kan därmed inte rekommendera en sådan diet. En annan negativ sida med viktnedskningsdieter är att klienten sällan orkar hålla sig till den diet som påbörjats, vilket orsakar mer skada än nytta. Man bör också se till att klienten inte bara plockat de ”goda” bitarna från en diet, t.ex. att äta

mycket fett, enligt LCHF-dieten, men ändå ha ett stort intag av kolhydrater. Detta resulterar bara i en onyttig kost.

- **Det är klientens eget beslut.** Hälsovårdaren ger klienten möjlighet att själv välja om han/hon vill följa en diet. Detta är dock inget som rekommenderas av hälsovårdarna. Ifall man stöter på en sådan här situation kan man ta upp de för- och nackdelar som finns med dieten i fråga och också tala om för klienten vad man själv hellre skulle ge för råd åt klienten i fråga om kosthållningen. Det är inte ditt ansvar som hälsovårdare att övertala klienter att inte följa dieter, ifall klienten redan beslutat sig om saken. Du skall finnas till som stöd i kostfrågorna under dieten och även hjälpa klienten sedan när eller om han/hon väljer att börja äta normalt igen.

Källa:

Andersson, L. & Sandin, I. (2013). *När dieter utmanar kostrådgivningen - En kvalitativ studie om hälsovårdarens arbete med kostrådgivning samt förhållningssätt till dieter.*

Hur förhålla sig till dieter som hälsovårdare?

L. Andersson & I. Sandin [2014]

- En hälsovårdare behandlar ofta kostfrågor i sitt arbete.
- Det är viktigt att veta vad som förespråkas i Finlands näringsrekommendationer samt att känna till vilka olika aktuella dieter det finns, och lite om hur de fungerar.
- Som hälsovårdare ska man inte förbjuda någon att följa en diet, utan diskutera för- och nackdelar samt orsaken till att de väljer dieten.

L. Andersson & I. Sandin [2014]

Resultat från ett examensarbete

- När dieter utmanar kostrådgivningen
 - En kvalitativ studie om hälsovårdarens arbete med kostrådgivning samt förhållningssätt till dieter
 - Andersson, L. & Sandin, I. (2013)
 - Intervju med 7 hälsovårdare
- Resultat
 1. En diet kan vara en start på en ny livsstil
 2. Man har både ett positivt och ett negativt förhållningssätt till dieter
 3. Det är klientens eget beslut

1. En diet kan vara en start på en ny livsstil

- Olika dieter kan användas för att få en motiverande start på viktminskningen och ett hälsosammare liv. Att följa en viss diet innebär att man tänker över sin kosthållning mera och detta tänkesätt kan hjälpa klienten att även senare tänka mer på vad och hur han/hon äter.

2. Man har både ett positivt och ett negativt förhållningssätt till dieter

• Positivt:

- Dieter kan ha många goda sidor, t.ex. det som många dieter förespråkar – ett minskat intag/ett förbud av socker, vitt mjölk och andra snabba kolhydrater. Det här är något som en hälsovårdare också rekommenderar i sin kostrådgivning.
- GI-metoden kan anses överensstämma med hälsovårdarnas rekommendationer, när man vill byta ut de snabba kolhydraterna mot de med bättre kvalitet.

• Negativt:

- Ofta har en diet även negativa sidor – t.ex. ett ökat fettintag och ett kraftigt minskat kolhydratintag. Dessa råd stämmer inte överens med de näringsrekommendationer som hälsovårdarna håller sig till och de kan därmed inte rekommendera en sådan diet.
- En annan negativ sida med viktningsdieter är att klienten sällan orkar hålla sig till den diet som påbörjats, vilket orsakar mer skada än nytta.
- Man bör också se till att klienten inte bara plockat de "goda" bitarna från en diet, t.ex. att äta mycket fett, enligt LCHF-dieten, men ändå ha ett stort intag av kolhydrater. Detta resulterar bara i en onyttig kost.

3. Det är klientens eget beslut

- Hälsovårdaren ger klienten möjlighet att själv välja om han/hon vill följa en diet, men rekommenderar det inte.
- Ifall man stöter på en sådan här situation kan man ta upp de för- och nackdelar som finns med dieten i fråga och också fråga om hon får berätta för klienten vad man själv hellre skulle ge för råd i fråga om kosthållningen.
- Det är inte ditt ansvar som hälsovårdare att övertala klienter att inte följa dieter, ifall klienten redan beslutat sig om saken.
- Du skall finnas till som stöd i kostfrågorna under dieten och även hjälpa klienten sedan när eller om han/hon väljer att börja äta normalt igen.

Källa:

- Andersson, L. & Sandin, I. (2013). *När dieter utmanar kostrådgivningen - En kvalitativ studie om hälsovårdarens arbete med kostrådgivning samt förhållningssätt till dieter.*

DISKUTERA

VARIFRÅN FÅR MAN INFO OM DIETER?

**HUR VET MAN OM KÄLLORNA ÄR
TILLFÖRLITLIGA?**

VAD ÄR DET SOM GÖR ATT FOLK VÄLJER ATT
FÖLJA EN DIET?

VILKEN INVERKAN HAR MEDIA PÅ VÅR
UPPFATTNING OM DIETER?

HUR KAN DU SOM HÄLSOVÅRDARE
FÖRHÅLLA DIG TILL DIETER I DITT ARBETE?

- > VILKA TANKAR VÄCKS NÄR DU LÄSER
ARTIKELN UR VASABLADET 09.02.14,
*"FINLÄNDARE HAR FÖRLORAT RÄDSLAN
FÖR FETT"*?

HUR PÅVERKAR DIETER HELA FAMILJEN?

EX. MAMMAN I FAMILJEN FÖLJER 5:2-DIETEN OCH FASTAR 2 DAGAR I VECKAN FÖR ATT GÅ NER I VIKT. PÅ VILKET SÄTT KAN HENNES 12-ÅRIGA DOTTER PÅVERKAS AV DET?

- > LÄS INSÄNDAREN "*VART FÖRSVANN TALLRIKSMODELLEN*" FRÅN VASABLADET 18.09.13

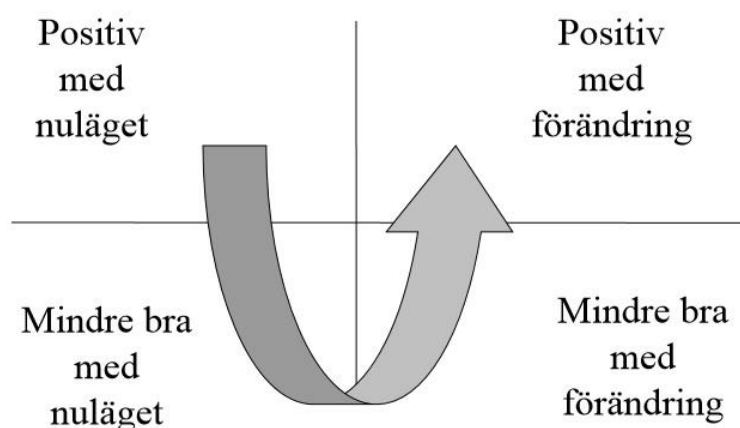
Motivation

Motivationen kan påverkas av en rad faktorer, och den ändras ständigt. Motivation är något som behövs då man vill förändra ett beteende, och det finns olika sätt att behålla och sporra motivationen. Självförtroendet och betydelsen av det nya beteendet är faktorer som kan hjälpa personen från ett återfall. Det finns olika sätt man som t.ex. hälsovårdare kan hjälpa personen med motivationen. Då man rätt ut vad det är klienten vill förändra kan man försöka få klienten att tänka efter vad det är som motiverar till att utföra förändringen. Är klienten motiverad till förändringen ökar chansen att också lyckas med den.

Ambivalens

I förändring är det inte bara frågan om att vilja *eller* inte vilja, utan om att vilja *och* inte vilja på samma gång. Det kallas för ambivalens och är en stor del i motiverande samtal. Ambivalensen är en naturlig del av en förändringsprocess. Klienten kan vara osäker på om det är värt att bryta vanan, om de kommer att lyckas och om förändringen verkligen är nödvändig. Då man uttrycker ambivalens har man ofta argument för och emot. Ambivalensen gör att man låser sig och en förändring är då sällan möjlig. Man kan ha en klient som vet att hans kost är helt fel och gör att han inte mår bra, ändå är han inte övertygad om att en förändring är något för honom. Han är då ambivalent inför förändring av beteendet. Som rådgivare ska man inte ge sig in i en argumentation om hur bra det är med nyttig kost och hur dåligt det är att äta som han gör, det förstör ofta samarbetet med klienten och kan även göra att klienten inte alls vill förändra sig. Man kan med fördel reda ut ambivalensen och försöka få klienten att hitta lösningar och motivation till förändring. Man kan ha hjälp av Ambivalenskorset i utforskningen av klientens ambivalens.

Ambivalenskorset



Med hjälp av ambivalenskorset kan man göra en ambivalensutforskning. Man börjar i ruta 1 uppe till vänster och följer rutornas ordning enligt pilen. Ibland kommer man bara till ruta 2, om klienten visar stort motstånd. Man kan med fördel rita upp fyra rutor och fylla i

dem tillsammans med klienten. Som avslutning sammanfattar rådgivaren och lägger mest vikt på ruta två och ruta fyra. Ofta är en sådan uppgift stimulerande för klienten och det kan sätta fart på en förändringsprocess.

Motiverande samtal

- Motivational interviewing på engelska - förkortas MI
- Upphovsmännen är William R. Miller (amerikansk psykolog och professor) och Stephen Rollnick
- MI har rötter i humanistisk psykologi, inlärningspsykologi och motivationspsykologi
- MI används bland annat i samtal med patienter om livsstilsförändringar
- Metoden går ut på att man hjälper patienten komma på lösningar på sina problem och att stöda dem i förändringen av dem
- Rådgivaren ska lyssna, visa att han/hon förstår patienten, visa att hon/han tror att patienten klarar av att genomföra förändringen och stimulera och förstärka steg i rätt riktning
- Som rådgivare måste man anpassa samtalet till personens motivation och beredskap för förändring

Det finns utbildningar i MI, men man kan ändå börja använda metoden utan att ha gått någon utbildning. Boken *Handbok i motiverande samtal – MI Teori, praktik och implementering* kan användas som en handbok där det finns olika uppgifter och frågor att fylla i.

Förhållningssätt i motiverande samtal

- Värderingsfri
- Respekt för patienten och patientens autonomi
- Genuint går in för att finna den lösning som passar bäst för just den här personen
- Erbjuda samarbete, inte råd
- Försöka framkalla förändringsprat
- Lyssna med empati, respekt, intresse och acceptera och försöka förstå patientens syn på saken
- Visa optimism och tilltro till personens förmåga att hitta rätt lösningar
- Rådgivaren är inte den som förmedlar vishet, råd, motivation, lösningar och idéer, utan den som ska locka fram allt detta ur patienten
- Rådgivaren ska undvika att argumentera och försöka övertyga klienten om sin ståndpunkt

- Rådgivaren ska heller inte stressa fram ett beslut som klienten inte är mogen för, då det kan leda till så kallat motstånd

Principer i motiverande samtal

Uttrycka empati

Empati är till största delen en egenskap som man inte kan lära sig, och som de flesta besitter mer eller mindre. Det är viktigt att man som rådgivare visar empati i samtalet med klienten. Som rådgivare ska försöka förstå personens situation utan att döma eller kritisera. Man ska acceptera klientens berättelse, åsikter och situation. Det innebär inte att man håller med personens åsikter och ”ger efter”. Också genom att använda öppna frågor visar man empati, då slutna frågor kan uppfattas som att man har en bestämd åsikt om det man frågar. Som rådgivare ska man tänka på hur man förmedlar sin empati, det räcker inte med att man själv vet att man är en empatisk människa. Man kan tänka på sitt kroppsspråk, att man genom det visar att man lyssnar. Rådgivaren bör tänka på att ha ett vänligt och varmt tonläge, man spegla klientens sinnesstämningar med sina ansiktsuttryck och har god ögonkontakt. Berättar klienten exempelvis något obehagligt ska man inte som rådgivare se glad ut, utan välja ett mer bekymrat ansiktsuttryck. Vill man förbättra sin empati, eller sättet man uttrycker sin empati kan man öva på reflektivt lyssnande (som det berättas mer om längre fram).

Rulla med motstånd

Metoden att rulla med motstånd är en strategi man kan ta till då man möter på motstånd från klienten. I praktiken innebär det att man inte börjar argumentera mot patienten då han/hon kommer med ett motståndsargument. Istället försöker man reflektera påståendet neutralt och få klienten att komma med en egen lösning på problemet. Ett exempel kan vara att klienten vid samtal om kostförändringar säger: ”Jag tänker då absolut inte sluta äta chips på helgerna, någon måtta ska det vara.” Då kan man som rådgivare istället för att argumentera med att ”Det vore nog en bra sak att ändra på”, konstatera att ”Du vill inte sluta med chips i första hand. Var skulle du själv vilja börja ändra på dina kostvanor?”

Stöda självkompetens

Med självkompetens (eng. *self-efficacy*) avser man klientens tilltro till sin förmåga att lyckas med förändringen. Genom att få reda på klientens självkompetens får man en uppfattning om personens chans att lyckas. Man bör uppmuntra och stöda klientens

självkompentens och visa att man tror att han/hon kan genomföra förändringen, då det har visat sig ha stor betydelse för klientens framgång.

Reflektivt lyssnande

Reflektiv lyssnande består av öppna frågor, reflektioner, sammanfattning och bekräftelse. Med reflektivt lyssnande visar man att man verkligen lyssnar på vad klienten har att berätta

- Öppna frågor: Inleds med ord som hur, vad, på vilket sätt och berätta
- Slutna frågor börjar ofta med verb som kan, har och ska och frågorna kan ofta besvaras med ja, nej eller kanske eller på annat sätt med ett kort svar
- En öppen fråga inbjuder patienten att själv berätta det hon vill
- Man kan komplettera med några slutna frågor, men de öppna frågorna är viktiga för att skapa kontakt, samarbete och förtroende.
- Exempel på slutna frågor: Har du det bra? Kan du göra något åt..? Tycker du om motion?
- Exempel på öppna frågor: Hur har du det? Vad kan du göra åt..? Hur ser du på det här med motion?

Reflektioner

- Innebär att man återberättar det patienten har sagt.
- En *enkel reflektion* gör man då man återspeglar exakt det som personen sagt, men med egna ord.
- En *komplex reflektion* gör man då man återspeglar en känsla eller innebörd av det som sagts.
- Reflektioner är ett sätt att visa empati och få patienten att fortsätta i sin tankegång.
- Reflektioner kan ge patienten nya insikter då hon får höra det hon sagt, och det ger även en möjlighet för patienten att berätta mera om ämnet.
- Rådgivaren kan använda reflektioner till att styra samtalet beroende på vad hon/han väljer att reflektera.
- Exempel på enkel reflektion: Det är viktigt för dig att gå ner i vikt.
- Exempel på komplex reflektion: Du försöker verkligen och kämpar i ensamhet med det här.

Sammanfattning

- Fyller liknande funktioner som reflektioner.
- Är ett längre referat som rådgivaren kan göra för att klargöra och förstå det som sagts.
- Kan användas då man inte vet hur man ska gå vidare i samtalet eller då man ska avsluta

- Man tar antingen ett steg vidare i samtalet, eller byter fokus.
- Ger en möjlighet att betona det man som rådgivare tycker var viktigt

Bekräftelse

- Kan vara en av de mest kraftfulla komponenterna i MI
- Rådgivaren säger saker som visar att han/hon ser och uppskattar personens kompetens, styrka och ansträngning
- Använd du-form
- Exempel: Du jobbar hårt med det här, Du är en stark person, Du har många bra idéer om hur du kan förändra dina matvanor

Det motiverande samtalets förlopp

1. Inleda samtalet och skapa ett samarbetsklimat
2. Fokusera på ämnet och utforska beredskapen för förändring
3. Framkalla förändringsprat och stöd självtilliten
4. Avsluta samtalet och försök stimulera till åtagande och en plan
5. Följ upp om möjligt och stöd fortsatt upprätthållande av förändringen

1. Inleda samtal och skapa arbetsklimat

- Rådgivaren kan tänka på att han/hon "ber om lov" att diskutera ämnet och vara tyst tillräckligt länge så att patienten hinner tänka efter ordentligt
- Exempel på hur man ber om lov: problem med lederna kan ibland förvärras av övervikt. Är det okej om vi pratar lite om det?
- Om det finns flera möjliga samtalsämnen kan rådgivaren sätta *en agenda* för samtalet. Rådgivaren ger en meny med möjliga ämnen som kan diskuteras och utgående från det kan man diskutera antingen det viktigaste ämnet, eller ett i taget. Man kan med fördel skriva ner dem på papper och bocka av dem.
- Exempel på *meny* och *agenda*: Hur man äter, övervikt, rökning och alkohol samt motionsvanor spelar roll då man ser på hur ens livsstil är. Är det något av dessa du skulle vilja diskutera mera? (Man ger en meny och patienten får välja agendan för samtalet)
- Det är bra om man som rådgivare startar där patienten är som mest motiverad att börja

2. Fokusera på ämnet och utforska beredskapen för förändring

- Motivation innebär att vilja någonting
- För att vilja någonting måste det låta attraktivare än den nuvarande situationen
- I det motiverande samtalet reder rådgivaren ut hur klienten ser på sin nuvarande situation, positiva och negativa aspekter. Sedan även hur klienten förhåller sig till en förändring, positiva och negativa aspekter
- Man kan använda sig av skalfrågor då man reder ut hur stor motivation patienten har att genomföra förändringen.
 - o Hur viktigt är det för dig att.. (på en skala från 0-10)
 - o Hur säker är du på din förmåga att klara av det om bestämmer dig? (på en skala 0-19)
 - o Hur intresserad/beredd känner du dig just nu att göra en förändring på en skala 0-10 om 0 betyder inte alls beredd och 10 att du är maximalt beredd
- Fråga också: Vad är det som gör att du inte säger en lägre siffra? / vad skulle behöva hända för att du skulle säga en högre siffra?

3. Framkalla förändringsprat och stöd självtilliten

- Genom att ställa öppna frågor kan rådgivaren locka fram förändringsprat
- Förändringsprat är då patienten berättar om önsknningar, skäl, behov och förmåga att förändra
- Exempel på öppna frågor: Hur skulle du vilja att det var? Vilka resurser har du som kan hjälpa dig att lyckas? Vad skulle du vinna med en förändring? Vad skulle du behöva ändra?
- Målet är att klienten ska, utifrån sin inre övertygelse, fatta ett beslut och göra ett åtagande
- Rådgivaren kan försöka stöda klientens självtillit för att lyckas genom att ställa frågor som ”Hur skulle du kunna göra om du verkligen ville lyckas med det här?”

4. Avsluta samtalet och försök stimulera till åtagande och en plan

- Vid avslutningen av samtalet vill man gärna att klienten ska ha kommit till ett beslut och ett åtagande, men det är inte alltid han/hon är tillräckligt motiverad ännu för att ha kommit så långt
- Om patienten har en låg beredskap för förändring kanske åtagandet blir att fundera på sina kostvanor
- Om patienten har en medelhög beredskap kanske hon/han beslutar att ändra på något i sin kost
- Om patienten har hög beredskap för förändring kanske hon/han förändrar sin kost med målet att gå ner i vikt
- Exempel på frågor som kan framkalla ett åtagande: Hur tänker du göra nu? Vad blir nästa steg? När tänker du sätta igång?

5. Följ upp om möjligt och stöd fortsatt upprätthållande av förändringen

- Vid en uppföljning ligger fokus på hur det känns för patienten och vilka tankar hon/han har
- Viktigt att vara positiv och stödjande. Ge bekräftelse för även små framsteg
- Försök att omtolka eventuella misslyckanden till viktiga steg på vägen
- Förklara att återfall är en naturlig del i en förändringsprocess
- Vid ett eventuellt återfall kan man be klienten berätta vad som hände och utgående från det försöka locka fram ett nytt åtagande

Läs mer:

Nederfeldt, L. & Fredin, S. (2010). *Motiverande samtal – För vad? Av vem?* Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

<http://www.folkhalsoguiden.se/upload/folkh%C3%A4lsarbete/Motiverande%20samtal.pdf>

Kompendium om motiverande samtal. Här kan du läsa om forskningar om bland annat motiverande samtal vid olika typer av levnadsvanor, såsom kostförändringar.

Scharffenberg, M., Tegenrot, F., Jönsson, F. & Rahle Hasselbalch, L. (2012). *MI-Motiverande samtal*.

http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/Vardgivarwebben/MI/Motiverande_samtalkompendium_2012.pdf

Kompendium om motiverande samtal. Tar upp praktiska verktyg och exempel.

Johansson, G. (2010). Kostråd i vården - en väg kantad av motgångar och möjligheter. *Läkartidningen* 51-52 (107), 3276-3278.

http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/15730/LKT1051s3276_3278.pdf

En artikel som tar upp det förebyggande arbetet inom kostrådgivning. Här kan läsas om de problem man kan stöta på som sakkunnig i en kostrådgivningssituation samt hur man kan förstå och hantera dessa problem. Motiverande samtal (MI) är även ett av artikelns innehållsområden.

Brobeck, E. Bergh, H. Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of*

Clinical Nursing, 20, 3322-3330.

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=477c9a43-95fe-4d25-b124-081e85e469db%40sessionmgr111&vid=2&hid=126>

I artikeln beskrivs hälsovårdarens erfarenhet av motiverande samtal inom hälsofrämjande arbete. Resultatet visar att motiverande samtal är en användbar metod inom primärvården och i det förebyggande hälsoarbetet. Dock är det en metod som inte vem som helst kan använda sig av utan att först lära sig den och sedan att praktiskt träna att använda den. Positivt med motiverande samtal som metod i hälsofrämjande arbete är att patienten får en bättre förståelse för sina hälsoproblem och får själv tänka ut hur han eller hon ska göra för att förändra sin livsstil.

Forsberg, L. (2006). Motiverande samtal - Bättre än råd. *Läkartidningen* 42 (103), 3178-3180.

http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/5/5165/LKT0642s3178_3180.pdf

Artikel som handlar om motiverande samtal inom sjukvården.

Källor:

Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Studentlitteratur.

Farbring, C. (2010). *Handbok i motiverande samtal – MI Teori, praktik och implementering*. Finland: Natur& Kultur.

Holm Ivarsson, B. (2013). *MI – Motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Mölnlycke: Elanders

Scriven, A. (2013). *Ewles & Simmet Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur AB

Bildkälla: <http://kurera.se/halsocoachen/files/2013/03/ambivalenskorset.jpg>

Motivation

L. Andersson & I. Sandin [2014]

- Motivationen kan påverkas av en rad faktorer och den ändras ständigt.
- Motivation är något som behövs då man vill förändra ett beteende och det finns olika sätt att behålla och sporra motivationen.
- Självförtroendet och betydelsen av det nya beteendet är faktorer som kan hjälpa personen från ett återfall.
- Det finns olika sätt man som t.ex. hälsovårdare kan hjälpa personen med motivationen.
- Då man rätt ut vad det är klienten vill förändra kan man försöka få klienten att tänka efter vad det är som motiverar till att utföra förändringen. Är klienten motiverad till förändringen ökar chansen att också lyckas med den.

L. Andersson & I. Sandin [2014]

Att arbeta med en klients motivation

- Motivationen kan påverkas av en rad faktorer och den ändras ständigt.
- Motivation är något som behövs då man vill förändra ett beteende och det finns olika sätt att behålla och sporra motivationen.
- Självförtroendet och betydelsen av det nya beteendet är faktorer som kan hjälpa personen från ett återfall.

- För att få reda på betydelsen av beteendeförändringen för klienten kan man fråga vilka positiva och negativa sidor de ser i det nya beteendet samt vart det nya beteendet har lett dem.
- För att bygga upp självförtroendet hos personen kan man tillsammans fundera ut lösningar för att förhindra återfall, fråga vad som fungerat, eller inte fungerat vid tidigare försök att förändra vanan samt om de känner till bekanta som har någon metod som fungerat för dem.
- Gör sedan en plan för att undvika återfall, som sedan kan ändras om man märker att något man trodde skulle fungera inte gör det.

Ambivalens

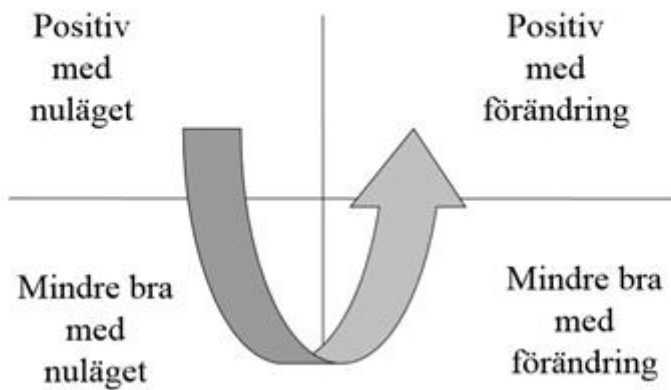
- I förändring är det inte bara frågan om att vilja *eller* inte vilja, utan om att vilja *och* inte vilja på samma gång.
- Ambivalens och ambivalensutforskning och är en stor del i motiverande samtal.
- Ambivalens är en naturlig del av en förändringsprocess.
- Klienten kan vara osäker på om det är värt att bryta vanan, om han/hon kommer att lyckas och om förändringen verkligen är nödvändig.
- Då man uttrycker ambivalens har man ofta argument för och emot "problemet".
- Ambivalensen gör att man "låser sig" och en förändring är då sällan möjlig.
- Man kan ha en klient som vet att hans kost är helt fel och gör att han inte mår bra, ändå är han inte övertygad om att en förändring är något för honom. Han är då ambivalent inför förändring av beteendet.
- Som rådgivare ska man inte ge sig in i en argumentation om hur bra det är med nyttig kost och hur dåligt det är att äta som han gör, det förstör ofta samarbetet med klienten och kan även göra att klienten inte alls vill förändras sig.
- Man kan med fördel reda ut ambivalensen och försöka få klienten att hitta lösningar och motivation till förändring. Man kan ha hjälp av *Ambivalenskorset* i utforskningen av klientens ambivalens.

Ambivalenskorset

(Se bild på nästa sida)

- Man börjar i ruta 1 uppe till vänster och följer rutornas ordning enligt pilen. Ibland kommer man bara till ruta 2, om klienten visar stort motstånd.
- Man kan med fördel rita upp fyra rutor och fylla i dem tillsammans med klienten.
- Som avslutning sammanfattar rådgivaren och lägger mest vikt på ruta två och ruta fyra.
- Ofta är en sån här uppgift stimulerande för klienten och det kan sätta fart på en förändringsprocess.

Ambivalenskorset



Sidkälla:
<http://www.soc/halsocochon/files/2012/03/ambivalenskorset.jpg>

L. Aronsson & I. Sandin [2014]

Motiverande samtal

L. Aronsson & I. Sandin [2014]

- *Motivational interviewing* på engelska - förkortas MI.
- Upphovsmännen är William R. Miller (amerikansk psykolog och professor) och Stephen Rollnick.
- MI har rötter i humanistisk psykologi, inlärningspsykologi och motivationspsykologi.
- MI används bland annat i samtal med patienter om livsstilsförändringar.

- Metoden går ut på att man hjälper patienten komma på lösningar till sina problem och att stöda dem i förändringen av problemen.
- Rådgivaren ska lyssna, visa att han/hon förstår patienten, visa att hon/han tror att patienten klarar av att genomföra förändringen och stimulera samt förstärka stegen i rätt riktning.
- Som rådgivare måste man anpassa samtalet till personens motivation och beredskap för förändring.

- Det finns utbildningar i MI, men man kan ändå börja använda metoden utan att ha gått någon utbildning.
- Boken *Handbok i motiverande samtal – MI Teori, praktik och implementering* kan användas som en handbok där det finns olika uppgifter och frågor att fylla i.
Farbring, C. (2010). Finland: Natur& Kultur.

Förhållningssätt i MI

- Värdningsfri.
- Respekt för patienten och patientens autonomi.
- Genuint går in för att finna den lösning som passar bäst för just den här personen.
- Erbjuder samarbete, inte råd.
- Försöker framkalla förändringsprat.
- Lyssna med empati, respekt, intresse och acceptera och försöker förstå patientens syn på saken.
- Visa optimism och tilltro till personens förmåga att hitta rätt lösningar.
- Rådgivaren är inte den som förmedlar vishet, råd, motivation, lösningar och idéer, utan den som ska locka fram allt detta ur patienten.
- Rådgivaren ska undvika att argumentera och försöka övertyga klienten om sin ståndpunkt.
- Rådgivaren ska heller inte stressa fram ett beslut som klienten inte är mogen för, då det kan leda till så kallat motstånd.

Principer

- Uttrycka empati
- Rulla med motstånd
- Stöda självkompetens
- Reflektivt lyssnande
 - Reflektioner
 - Sammanfattning
 - Bekräftelse

Uttrycka empati

- Genom kroppsspråk, ansiktsuttryck, tonläge, öppna frågor och aktivt lyssnande.

Rulla med motstånd

- Inte argumentera emot klienten, utan reflektera och söka en annan väg/lösning på påståendet.

Stöda självkompetensen

- Viktigt att stöda klientens tro på att lyckas med förändringen.

Reflektivt lyssnande - Öppna frågor

- Öppna frågor
 - inleds med ord som hur, vad, på vilket sätt och berätta.
 - inbjuder patienten att själv berätta det hon vill.
- Slutna frågor
 - börjar ofta med verb som kan, har och ska.
 - frågorna kan ofta besvaras med ja, nej eller kanske eller på annat sätt med ett kort svar.
- Man kan komplettera med några slutna frågor, men de öppna frågorna är viktiga för att skapa kontakt, samarbete och förtroende.

- Exempel på slutna frågor:
 - *Har du det bra?*
 - *Kan du göra något åt..?*
 - *Tycker du om motion?*
- Exempel på öppna frågor:
 - *Hur har du det?*
 - *Vad kan du göra åt..?*
 - *Hur ser du på det här med motion?*

Reflektivt lyssnande - Reflektioner

- Innebär att man återberättar det patienten har sagt.
- Reflektioner är ett sätt att visa empati och få patienten att fortsätta i sin tankegång.
- Reflektioner kan ge patienten nya insikter då hon får höra det hon sagt och det ger även en möjlighet för patienten att berätta mera om ämnet.
- Rådgivaren kan använda reflektioner till att styra samtalet beroende på vad hon/han väljer att reflektera.

L. Andersson & I. Sandin [2014]

- En *enkel reflektion* gör man då man återspeglar exakt det som personen sagt men med egna ord.

Exempel på enkel reflektion:

Det är viktigt för dig att gå ner i vikt.

- En *komplex reflektion* gör man då man återspeglar en känsla eller innebörd av det som sagts.

Exempel på komplex reflektion:

Du försöker verkligen och kämpar i ensamhet med det här.

L. Andersson & I. Sandin [2014]

Reflektivt lyssnande - Sammanfattning

- Fyller liknande funktioner som reflektioner.
- Är ett längre referat som rådgivaren kan göra för att klargöra och förstå det som sagts.
- Kan användas då man inte vet hur man ska gå vidare i samtalet eller då man ska avsluta.
- Man tar antingen ett steg vidare i samtalet, eller byter fokus.
- Ger en möjlighet att betona det man som rådgivare tycker var viktigt.

Reflektivt lyssnande - Bekräftelse

- Kan vara en av de mest kraftfulla komponenterna i MI.
- Rådgivaren säger saker som visar att han/hon ser och uppskattar personens kompetens, styrka och ansträngning.
- Använd du-form.

Exempel:

Du jobbar hårt med det här.

Du är en stark person.

Du har många bra idéer om hur du kan förändra dina matvanor.

Det motiverande samtalets förlopp

1. Inleda samtalet och skapa ett samarbetsklimat.
2. Fokusera på ämnet och utforska beredskapen för förändring.
3. Framkalla förändringsprat och stöd självtilliten.
4. Avsluta samtalet och försök stimulera till åtagande och en plan.
5. Följ upp om möjligt och stöd fortsatt upprätthållande av förändringen.

L. Andersson & I. Sandin [2014]

1. Inleda samtal och skapa arbetsklimat

- Rådgivaren kan tänka på att han/hon "ber om lov" att diskutera ämnet och vara tyst tillräckligt länge så att patienten hinner tänka efter ordentligt.

Exempel på hur man ber om lov:

Problem med lederna kan ibland förvärras av övervikt. Är det okej om vi pratar lite om det?

- Om det finns flera möjliga samtalsämnen kan rådgivaren sätta *en agenda* för samtalet. Rådgivaren ger en *meny* med möjliga ämnen som kan diskuteras och utgående från det kan man diskutera antingen det viktigaste ämnet, eller ett i taget. Man kan med fördel skriva ner dem på papper och bocka av dem.

L. Andersson & I. Sandin [2014]

Exempelmening för meny och agenda:

Hur man äter, övervikt, rökning och alkohol samt motionsvanor spelar roll då man ser på hur ens livsstil är. Är det något av dessa du skulle vilja diskutera mera?

Man ger en meny och patienten får välja agendan för samtalet.

- Det är bra om man som rådgivare startar där patienten är som mest motiverad att börja.

2. Fokusera på ämnet och utforska beredskapen för förändring

- Motivation innebär att vilja någonting.
- För att vilja någonting måste det låta mer attraktivt än den nuvarande situationen.
- I det motiverande samtalet reder rådgivaren ut hur klienten ser på sin nuvarande situation, positiva och negativa aspekter. Sedan även hur klienten förhåller sig till en förändring, positiva och negativa synpunkter.

- Man kan använda sig av skalfrågor då man reder ut hur stor motivation patienten har att genomföra förändringen.

Hur viktigt är det för dig att..? (på en skala från 0-10)

Hur säker är du på din förmåga att klara av det om bestämmer dig? (på en skala 0-19)

Hur intresserad/beredd känner du dig just nu att göra en förändring på en skala 0-10, om 0 betyder inte alls beredd och 10 att du är maximalt beredd?

Fråga också:

Vad är det som gör att du inte säger en lägre siffra?

Vad skulle behöva hända för att du skulle säga en högre siffra?

3. Framkalla förändringsprat och stöd självtilliten

- Genom att ställa öppna frågor kan rådgivaren locka fram förändringsprat.
- Förändringsprat är då patienten berättar om önsknningar, skäl, behov och förmåga att förändra.

Exempel på öppna frågor:

Hur skulle du vilja att det var?

Vilka resurser har du som kan hjälpa dig att lyckas?

Vad skulle du vinna med en förändring?

Vad skulle du behöva ändra?

- Målet är att klienten ska, utifrån sin inre övertygelse, fatta ett beslut och göra ett åtagande.
- Rådgivaren kan försöka stöda klientens självtillit för att lyckas genom att ställa frågor som

Hur skulle du kunna göra om du verkligen ville lyckas med det här?

4. Avsluta samtalet och försök stimulera till åtagande och en plan

- Vid avslutningen av samtalet vill man gärna att klienten ska ha kommit till ett beslut och ett åtagande, men det är inte alltid han/hon är tillräckligt motiverad ännu för att ha kommit så långt.
- Om patienten har en låg beredskap för förändring kanske åtagandet blir att fundera på sina kostvanor.
- Om patienten har en medelhög beredskap kanske hon/han beslutar att ändra på något i sin kost.

- Om patienten har hög beredskap för förändring kanske hon/han förändrar sin kost med målet att gå ner i vikt.

Exempel på frågor som kan framkalla ett åtagande:

Hur tänker du göra nu?

Vad blir nästa steg?

När tänker du sätta igång?

5. Följ upp om möjligt och stöd fortsatt upprätthållande av förändringen

- Vid en uppföljning ligger fokus på hur det känns för patienten och vilka tankar hon/han har.
- Viktigt att vara positiv och stödjande. Ge bekräftelse för även små framsteg.
- Försök att omtolka eventuella misslyckanden till viktiga steg på vägen.
- Förklara att återfall är en naturlig del i en förändringsprocess.
- Vid ett eventuellt återfall kan man be klienten berätta vad som hände och utgående från det försöka locka fram ett nytt åtagande.

Läs mer

- Johansson, G. (2010). Kostråd i vården - en väg kantad av motgångar och möjligheter. *Läkartidningen* 51-52 (107), 3276-3278.
http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/15730/LKT1051s3276_3278.pdf

En artikel som tar upp det förebyggande arbetet inom kostrådgivning. Här kan läsas om de problem man kan stöta på som sakkunnig i en kostrådgivningssituation samt hur man kan förstå och hantera dessa problem. Motiverande samtal (MI) är även ett av artikelns innehållsområden.

- Brobeck, E. Bergh, H. Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330.
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=477c9a43-95fe-4d25-b124-081e85e469db%40sessionmgr111&vid=2&hid=126>

I artikeln beskrivs hälsovårdarens erfarenhet av motiverande samtal inom hälsofrämjande arbete. Resultatet visar att motiverande samtal är en användbar metod inom primärvården och i det förebyggande hälsoarbetet. Dock är det en metod som inte vem som helst kan använda sig av utan att först lära sig den och sedan att praktiskt träna att använda den. Positivt med motiverande samtal som metod i hälsofrämjande arbete är att patienten får en bättre förståelse för sina hälsoproblem och får själv tänka ut hur han eller hon ska göra för att förändra sin livsstil.

L. Andersson & I. Sandin [2014]

- Forsberg, L. (2006). Motiverande samtal - Bättre än råd. *Läkartidningen* 42 (103), 3178- 3180.
http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/5/5165/LKT0642s3178_3180.pdf

Artikel som handlar om motiverande samtal inom sjukvården.

- Nederfeldt, L. & Fredin, S. (2010). *Motiverande samtal – För vad? Av vem?* Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
<http://www.folkhalsoguiden.se/upload/folkh%C3%A4lsorabete/Motiverande%20samtal.pdf>

Kompendium om motiverande samtal. Här kan du läsa om forskningar om bland annat motiverande samtal vid olika typer av levnadsvanor, såsom kostförändringar.

- Scharffenberg, M., Tegenrot, F., Jönsson, F. & Rahle Hasselbach, L. (2012). *MI- Motiverande samtal*.
http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/Vardgivarwebben/MI/Motiverande_samtal_kompendium_2012.pdf

Kompendium om motiverande samtal. Tar upp praktiska verktyg och exempel.

L. Andersson & I. Sandin [2014]

Källor:

- Farbring, C. (2010). *Handbok i motiverande samtal – MI Teori, praktik och implementering*. Finland: Natur& Kultur.
- Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Studentlitteratur.
- Holm Ivarsson, B. (2013). *MI – Motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Mölnlycke: Elanders
- Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnet Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur AB
- Bildkälla:
<http://kurera.se/halsocoachen/files/2013/03/ambivalenskorset.jpg>

Den transteoretiska modellen

Den transteoretiska modellen kan tillämpas på alla slags förändringar, men den används ofta vid livsstilsförändringar. Modellen består av fem stadier som leder mot en förändring av exempelvis kost- eller motionsvanor. Beroende på i vilken fas personen i fråga befinner sig så kan man stöda och hjälpa denne på mest fördelaktigt sätt.

Fas 1

Förnekelsestadiet - Personen är inte medveten om problemen med sitt beteende och har ingen tanke på att förändra sitt beteende inom den närmsta tiden. Personen kan också ha försökt förändra sig tidigare men inte lyckats och känner sig nu uppgiven inför en förändring.

Vad man kan göra som vägledare: Öka individens uppfattning om problemet, informera om vinsterna med en förändring. Det kan vara svårt att påverka en person som befinner sig i förnekelsestadiet. Man kan fråga hur personen uppfattar sin nuvarande situation. Kanske får man en början till en tanke på förändring.

Exempel:

Kalle är överviktig och skulle må bra av att förändra sina kostvanor, men själv tycker han inte att det är något fel med hans vikt. Han kan göra narr av dem som äter nyttigt och har inga planer på att själv äta nyttigare.

Som hälsovårdare kan man fråga vad Kalle tycker om sin nuvarande kost, hur han mår, vad han tänker på när man säger ord som "nyttig mat". Man ska inte försöka tvinga honom till förändring, men så ett frö som kanske börjar gro.

Fas 2

Begrundandestadiet - Personen blir medveten om och accepterar sitt problem men vet inte hur hen ska göra/är inte motiverad till förändring, men kan se de positiva sakerna med en eventuell förändring.

Vad man kan göra som vägledare: Ta reda på varför personen söker en förändring. Fyll på med kunskap om det som personen strävar till att nå. Hjälプ dem att tro på att de kan klara av det.

Exempel:

Kalle märker att hans vikt inte är till hans fördel och en liten tanke om att han borde gå ner i vikt dyker upp i hans huvud. Hans intresse för nyttigare mat väcks en aning. Fråga Kalle vad som gör att han börjat tänka på en viktförändring, om han ser några risker med att fortsätta på samma sätt som nu? Berätta om vilka förändringar som man kan göra och om fördelarna med nyttig mat. Be honom att lista för- och nackdelar med en förändring av beteendet. Prata om eventuella rädslor och sådant som hindrar honom att ta steget fullt ut.

Fas 3

Förberedelsestadiet - Personen har börjat sikta mot en förändring, men är ännu lite osäker på en del saker vad gäller själva förändringen i praktiken. Personen planerar för en förändring men inleder inte den i praktiken.

Vad man kan göra som vägledare: Gå igenom alternativ till förändring, informera om lämpliga fakta. Diskutera målsättningar och eventuella hinder samt stärka självförtroendet hos individen.

Exempel:

Kalle börjar läsa på om kost och vad som är nyttigt och onyttigt. Han kollar ut nyttigare recept och kanske tittar i affären på grönsaker och frukter som kunde vara något för honom. Han berättar kanske för sin familj och sina vänner om att han ska börja äta nyttigare mat. Gå tillsammans med Kalle igenom vilka kostförändringar som är möjliga för honom och fråga vilka mål han har med denna förändring. Prata om eventuella "hinder" som han kan ha i sin vardag och som kan göra att han faller tillbaka till någon av de tidigare faserna. Uppmuntra och stöd hans förändring. Ge tips på goda maträtter och råvaror.

Fas 4

Handlingsstadiet - Individen påbörjar förändringen och upprätthåller den.

Vad man kan göra som vägledare: Ge feedback och beröm. Utvärdera personens intryck av erfarenheten och gå igenom om det finns något som borde ändras. Informera om att det finns risk för återfall och försök tillsammans med klienten komma på strategier för att hantera sådana.

Exempel:

Kalle byter ut sina onyttiga matvanor till nyttigare. Han äter frukt och grönsaker och håller sig borta från allt onyttigt. Fråga Kalle vad han tycker om den förändrade kosthållningen, för- och nackdelar. Fråga även om han ser några eventuella fallgropar som kan locka honom att gå tillbaka till sin tidigare kost och diskutera vad han kan göra för att undvika det. Ta reda på om det är något mera som behöver ändras för att han ska uppnå sin förändring. Betona vikten av stöd från vänner och familj. Uppmuntra honom att fortsätta.

Fas 5

Aktivitetsstadiet - Personen upprätthåller sin nya vana och risken för att falla tillbaka i tidigare stadier blir mindre ju längre vanan håller i sig.

Vad man kan göra som vägledare: Uppmuntra till fortsättning, beröm framgången, diskutera eventuellt nya målsättningar, gör en tillbakablick för att få personen att se vilken förändring han/hon gjort och hur måendet har förändrats. Se över motivationen, om den

håller eller om det behövs något som motiverar mera. Informera om risken att falla tillbaka i gamla vanor och prata om olika sätt att hantera det.

Exempel:

Kalle har nu hållit sina sunda matvanor under en lång tid, och den hör till hans vardag. Gör en tillbakablick och jämför Kalles mående med den tidigare kosten och hur han mår när han äter nyttigare. Prata om vilka risker det finns för att han ska falla tillbaka i de gamla vanorna och uppmuntra honom att fortsätta med sin kost. Fråga om eventuella nya målsättningar och vad som gör att han håller motivationen uppe.

Återfall:

Ett återfall är möjligt i alla faser, och man kan hjälpa klienten att se ett återfall som en naturlig del av processen och inte som ett misslyckande. Uppmuntra att börja om på nytt från den fas som han/hon fallit till. Det händer sällan att man ramlar tillbaka i den första fasen då man kommit förbi den, men det är möjligt.



Källor:

Karlsson, C. (2006) *Motiverande samtal*.

http://www.vgregion.se/upload/PV%20skaraborg/Nya%20webben/halsoteket/motiverande_samtal.pdf

Kostenius, C. & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsövägledning - Från tanke till ord och handling*. Lund: Studentlitteratur

Pavval, A-C. (u.å) *Att motivera till livsstilsförändring*.

<https://vll.se/Sve/Centralt/Standardsidor/V%c3%a5rdOchH%c3%a4lsa/H%c3%a4lsaOchLivsstil/Nedladdningsboxar/Filer/Att%20motivera%20till%20livsstilsf%c3%b6r%c3%a4ndring.pdf>

Den transteoretiska modellen

L. Andersson & I. Sandin [2014]

- Den transteoretiska modellen kan tillämpas på alla slags förändringar, den används ofta vid livsstilsförändringar.
- Modellen består av 5 stadier som leder mot en förändring av exempelvis kost- eller motionsvanor.
- Beroende på i vilken fas personen i fråga befinner sig så kan man stöda och hjälpa denne på mest fördelaktigt sätt.

L. Andersson & I. Sandin [2014]



- L. Andersson & I. Sandin 2014]

L. Andersson & I. Sandin 2014

Vad man kan göra som vägledare:

- Öka individens uppfattning om problemet.
- Informera om vinsterna med en förändring.
- Det kan vara svårt att påverka en person som befinner sig i förnekelsestadiet.
- Man kan fråga hur personen uppfattar sin nuvarande situation. Kanske får man en början till en tanke på förändring.

Exempel:

Kalle är överviktig och skulle må bra av att förändra sina kostvanor men själv tycker han inte att det är något fel med hans vikt. Han kan göra narr av dem som äter nyttigt och har inga planer på att själv äta nyttigare.

→ Som hälsovårdare kan man fråga vad Kalle tycker om sin nuvarande kost, hur han mår, vad han tänker på när man säger ord som "nyttig mat". Man ska inte försöka tvinga honom till förändring men så ett frö som kanske börjar gro.

Fas 2

BEGRUNDANDESTADIET

- Personen blir medveten om och accepterar sitt problem men vet inte hur hen ska göra/är inte motiverad till förändring.
- Men personen kan se de positiva sakerna med en eventuell förändring.

Vad man kan göra som vägledare:

- Ta reda på varför personen söker en förändring.
- Fyll på med kunskap om det som personen strävar till att nå.
- Hjälp dem att tro på att de kan klara av det.

Exempel:

Kalle märker att hans vikt inte är till hans fördel och en liten tanke om att han borde gå ner i vikt dyker upp i hans huvud. Hans intresse för nyttigare mat väcks en aning.

→ Fråga Kalle vad som gör att han börjat tänka på en viktförändring, om han ser några risker med att fortsätta på samma sätt som nu? Berätta om vilka förändringar som man kan göra och om fördelarna med nyttig mat. Be honom att lista för- och nackdelar med en förändring av beteendet. Prata om eventuella rädslor och sådant som hindrar honom att ta steget fullt ut.

Fas 3 FÖRBEREDELSESTADIET

- Personen har börjat sikta mot en förändring men är ännu lite osäker på en del saker vad gäller själva förändringen i praktiken. Personen planerar för en förändring men inleder den inte i praktiken.

Vad man kan göra som vägledare:

- Gå igenom alternativ till förändring.
- Informera om lämpliga fakta.
- Diskutera målsättningar och eventuella hinder.
- Stärka självförtroendet hos individen.

Exempel:

Kalle börjar läsa på om kost och vad som är nyttigt och onyttigt. Han letar efter nyttigare matrecept och kanske tittar i affären på grönsaker och frukter som kunde vara något för honom. Han berättar kanske för sin familj och sina vänner om att han ska börja äta nyttigare mat.

→ Gå tillsammans igenom vilka kostförändringar som är möjliga för honom och fråga vilka mål han har med denna förändring. Prata om eventuella "hinder" som han kan ha i sin vardag och som kan göra att han faller tillbaka till någon av de tidigare faserna. Uppmuntra och stöd hans förändring. Ge tips på goda maträtter och råvaror.

Fas 4

HANDLINGSTADIET

- Individen påbörjar förändringen och upprätthåller den.

Vad man kan göra som vägledare:

- Ge feedback och beröm.
- Utvärdera personens intryck av erfarenheten och gå igenom om det finns något som borde ändras för att fungera bättre.
- Informera om att det finns risk för återfall och försök tillsammans med klienten komma på strategier för att hantera sådana.

Exempel:

Kalle byter ut sina onyttiga matvanor till nyttigare alternativ. Han äter frukt och grönsaker och håller sig borta från allt onyttigt.

→ Fråga Kalle vad han tycker om den förändrade kosthållningen, för- och nackdelarna. Fråga även om han ser några eventuella fallgropar som kan locka honom att gå tillbaka till sin tidigare kost och diskutera vad han kan göra för att undvika det. Ta reda på om det är något mera som behöver ändras för att han ska uppnå sin förändring. Betona vikten av stöd från vänner och familj. Uppmuntra honom att fortsätta.

Fas 5 AKTIVITETSSTADIET

- Personen upprätthåller sin nya vana och risken för att falla tillbaka i tidigare stadier blir mindre ju längre vanan håller i sig.

Vad man kan göra som vägledare:

- Uppmuntra till fortsättning.
- Beröm framgången.
- Diskutera eventuellt nya målsättningar.
- Gör en tillbakablick för att få personen att se vilken förändring han/hon gjort och hur måendet har förändrats.
- Se över motivationen, om den håller eller om det behövs något som motiverar mera.
- Informera om risken att falla tillbaka i gamla vanor och prata om olika sätt att hantera det.

Exempel:

Kalle har nu hållit sina sunda matvanor under en lång tid, och den hör till hans vardag.

→ Gör en tillbakablick och jämför Kalles mående med den tidigare kosten och hur han mår när han äter nyttigare. Prata om vilka risker det finns för att han ska falla tillbaka i de gamla vanorna och uppmuntra honom att fortsätta med sin kost. Fråga om eventuella nya målsättningar och vad som gör att han håller motivationen uppe.

Återfall:

- Ett återfall är möjligt i alla faser, och man kan hjälpa klienten att se ett återfall som en naturlig del av processen och inte som ett misslyckande. Uppmuntra att börja om på nytt från den fas som han/hon fallit till. Det händer sällan att man ramlar tillbaka i den första fasen då man kommit förbi den, men det är möjligt.

Källor

- Pavval, A-C. (u.å) *Att motivera till livsstilsförändring*.
<https://vll.se/Sve/Central/Standardsidor/V%c3%a5rdOchH%c3%a4lsa/H%c3%a4lsaOchLivsstil/Nedladdningsboxar/Filer/Att%20motivera%20till%20livsstilsf%c3%b6r%c3%a4ndring.pdf>
- Karlsson, C. (2006) *Motiverande samtal*.
http://www.vgregion.se/upload/PV%20skaraborg/Nya%20webben/halsoteket/motiverande_samtal.pdf
- Kostenius, C. & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsövägledning - Från tanke till ord och handling*. Lund: Studentlitteratur
- Bildkälla:
http://www.psoriasisforbundet.se/Global/ma_bra_med_psoriasis/Forandringstrappan/F%C3%B6r%C3%A4ndringstrappan.jpg

Kostdagbok

Att föra dagbok över sin kost kan vara ett bra hjälpmedel för de personer som t.ex. vill gå ner i vikt. Personen skriver upp allt vad som intas i både mat- och dryckesväg. Kostdagboken hjälper både klienten och kostrådgivaren att granska matvanorna - vad som äts, när det äts, hur ofta det äts samt vid vilken tid på dygnet det äts mest. Kom ihåg att den som för dagbok över sitt matintag oftast äter mindre portioner de dagar som dagboken skrivs. Därför är det viktigt att även granska sina matvanor under en längre period.

Anteckningarna skall gärna föras på vardagar samt under ett veckoslut. Detta för att få med både arbetsdagar samt lediga helgdagar i kostdagboken. Utifrån det som antecknats ner kan kostrådgivaren ge råd om vilka ändringar som kan göras i kosthållningen. Klienten har också lättare att själv få en överblick i sin kost och vad som kunde ändras till det bättre. Det finns olika varianter av kostdagböcker och vad man ska fylla i dem kan variera. En del ska fyllas i mera noga med kalorier och exakta mängder av allt man ätit, medan en del fokuserar på att man bara skriver ner vilka måltider man ätit under dagen och vad de bestod av. Anpassa kostdagboken individuellt för klienten, enligt motivation och förmåga att fylla i den. Således ger den bäst resultat och du som kostrådgivare kan ha mest nytta av den.

Exempel på hur en kostdagbok kan se ut.

VECKANS MÅL:		VECKA 20	OM MAN GÖR SOM MAN ALLTID HAR GJORT, FÅR MAN SÄMMA RESULTAT SOM MAN ALLTID HAR FÅTT
M Å D Å G	Frukost		F R E D Å G
	Lunch		
	Middag		
Så här bra åt jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			Så här bra åt jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Så här mår jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			Så här mår jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
T I S D Å G	Frukost		L Ö R D Å G
	Lunch		
	Middag		
Så här bra åt jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			Så här bra åt jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Så här mår jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			Så här mår jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ö N S D Å G	Frukost		S Ö N D Å G
	Lunch		
	Middag		
Så här bra åt jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			Så här bra åt jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Så här mår jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			Så här mår jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
T O R S D Å G	Frukost		S U N D Å G
	Lunch		
	Middag		
Så här bra åt jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			Så här bra åt jag i veckan 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Så här mår jag idag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			Så här jag mått i veckan 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vanor som kan leda till viktökning:

- Oregelbundna matvanor. Klienten intar ständigt föda på olika platser och på olika tidpunkter och det kan vara svårt att få en uppfattning om hur mycket man ätit under dagens lopp.
- Mera mat på lediga stunder. Ifall klienten äter mera under kvällar, helger och semestrar än vad han/hon annars äter, finns det risk för övervikt.
- Småätande. Klienten har som vana att småäta under dagarna utan att själv tycka det är något som räknas, trots att vikten ökar. Chips, nötter och övriga tilltugg innehåller till stor del mycket energi, trots små mängder.
- Ojämna måltider. Klienten äter en stor portion en gång om dagen, t.ex. efter arbetet och har den uppfattningen om att han/hon äter lite, eftersom det bara handlar om en måltid per dag. Ifall den måltiden innehåller stora mängder fett innehåller den också mycket energi. Ofta kan det bli flera portioner av denna typ, eftersom man vid den tidpunkten på dagen har stor hunger.

Förutom kostdagbok kan klienten även föra motionsdagbok. Klienten antecknar allt vad som görs under t.ex. en veckas tid. Utifrån denna dagbok kan du som hälsovårdare tillsammans med klienten se över hur motionen kunde ökas och förbättras. Du märker kanske vilken dag som skulle vara lämplig för något slag av motion, samt vilken typ som passar åt klienten. Se över ifall klienten kan tänka sig röra på sig både på vardagar och veckosluten. Kanske det finns möjlighet för klienten att röra på sig mera under resan till arbetet eller under de vardagliga sysslorna? Eller så kanske klienten har motivation att skaffa sig en hobby som medför mera motion, t.ex. dans och bollsporter.

Källa:

Hakala Paula (2002). *Konsten att hålla vikten*. Jyväskylä: Gummerus Printing

Exempel på kostdagbok bild: <http://www.idesignlife.se/a5-kostdagbok-p-14.html>

Kostdagbok

Ett bra hjälpmedel för den som t.ex. vill gå ner i vikt

Hur fungerar den?

- Klienten antecknar allt vad som intas i både mat- och dryckesväg.
- Anteckningarna förs både under vardagar och veckoslut.
- Det finns olika varianter av kostdagböcker. Layout och innehåll varierar. Anpassa kostdagboken individuellt enligt klientens motivation och förmåga att fylla i.

Exempel: En klient med stor motivation kanske kan anteckna mera ingående med kalorier eller exakta mängder av vad som ätits. En annan klient kanske i detta skede orkar bäst med att skriva ner vilka slags måltider som äts vilken tid på dygnet.

Varför en kostdagbok?

- Kostdagboken hjälper både klienten och rådgivaren att granska matvanorna. Den svarar på frågorna:
 - Vad äter klienten?
 - När äter klienten?
 - Hur ofta äter klienten?
 - Vilken tid på dygnet äts mest?

Obs! En klient som för matanteckningar äter oftast mindre och lite hälsosammare måltider de dagar som granskas. Därför är det viktigt att även granska matvanorna under en längre period.

- Utifrån det som antecknas ner kan kostrådgivaren ge råd om ändringar som borde göras i klientens kosthållning.

Vad bör reageras på i anteckningarna?

Det finns en del matvanor som kan orsaka viktökning. Dessa bör du som hälsovårdare reagera på:

- Oregelbundna matvanor.
Klienten äter ständigt, på olika platser och på olika tidpunkter. Det kan vara svårt för klienten att få en uppfattning om hur mycket som ätits under dagens lopp.
- Mera mat på lediga stunder.
Risk för övervikt ifall klienten äter mera under kvällar, helger och semestrar än vad som annars äts.

- Småätande

Klienten har som vana att småäta under dagarna, utan att själv tycka att det är något som räknas, trots att vikten ökar. Chips, nötter och övriga tilltugg innehåller till stor del mycket energi, trots att det är små mängder som äts.

- Ojämna måltider

Klienten äter en stor portion om dagen, t.ex. efter arbetet. Klienten har den uppfattningen om att han/hon äter lite, eftersom det bara handlar om en måltid per dag. Ifall måltiden innehåller stora mängder fett innehåller den också mycket energi. Ofta kan det bli flera portioner av denna typ, eftersom man vid den tidpunkten på dagen har stor hunger.

Kombinera med motionsdagbok

- Klienten antecknar allt vad som görs under t.ex. en veckas tid.
(vardagsmotion, ansträngade hushållssysslor, träning m.m.)
- Utifrån denna dagbok kan du som hälsovårdare tillsammans med klienten se över hur motionen kunde ökas och/eller förbättras.

Exempel:

- Kanske det finns en dag som skulle vara lämplig för något slag av motion?
- Finns det någon viss motionsform som skulle passa för klienten?
- Kan klienten tänka sig att röra på sig både på vardagar och veckosluten?
- Kan klienten röra på sig mera under resan till arbetet eller under de vardagliga sysslorna?
- Har klienten motivation att skaffa sig en hobby som medför mera motion, t.ex. dans eller bollsporter?

Källor

- Hakala, P. (2002). *Konsten att hålla vikten*. Jyväskylä: Gummerus Printing

Exempel på kostdagbok (se även nästa sida)

<http://www.idesignlife.se/a5-kostdagbok-p-14.html>

VECKANS MÅL:	VECKA 20	OM ATT GÖRA SOM ATT RÄTTA HÖR GÖR HÄR ATT SOMMA DESIGNSOM SOM RÄTTA HÖR RÄTT
<p>Frukost</p> <p>Lunch</p> <p>Middag</p> <p>Så här bra är jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Så här mår jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Frukost</p> <p>Lunch</p> <p>Middag</p> <p>Så här bra är jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Så här mår jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Frukost</p> <p>Lunch</p> <p>Middag</p> <p>Så här bra är jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Så här mår jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Frukost</p> <p>Lunch</p> <p>Middag</p> <p>Så här bra är jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Så här mår jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Frukost</p> <p>Lunch</p> <p>Middag</p> <p>Så här bra är jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Så här mår jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Frukost</p> <p>Lunch</p> <p>Middag</p> <p>Så här bra är jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Så här mår jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Frukost</p> <p>Lunch</p> <p>Middag</p> <p>Så här bra är jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Så här mår jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Frukost</p> <p>Lunch</p> <p>Middag</p> <p>Så här bra är jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Så här mår jag idag: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

Att arbeta med grupper

I och med gruppverksamhet blir klienterna mera delaktiga i sina hälsoärenden. Grupper bildas för olika ändamål och deltagarna har ofta en känsla av gemenskap med liknande mål. Som exempel kan man ordna en viktnedskningsgrupp för personer i samma situation. Kanske de alla är i samma ålder och har svårt att gå ner i vikt på egen hand. Då kan det hjälpa att de får stöd och råd av andra i samma situation.

Gruppverksamhet kan startas upp för att höja medvetenhet om och intresse för t.ex. hälsofrågor. Grupper kan även vara till för ömsesidigt stöd där deltagarna stöttar och hjälper varandra genom hälsoproblem eller för att bidra med utbildning och rådgivning. Information kan överföras från sakkunnig till medlemmarna samtidigt som deltagarna tillsammans med en rådgivare kan utreda eventuella problem. Det är viktigt att gruppens bakomliggande syfte kommer fram. Ifall gruppverksamhetens uppgifter ändras kan förvirring uppstå bland deltagarna, t.ex. om en stödjande grupp istället ändras till att driva en kampanj.

Storleken på gruppen kan variera, beroende på gruppens syfte. En utbildningsgrupp kan ha ett högre antal medlemmar än en grupp som finns till för att stötta varandra.

Den person som leder en grupp behöver kompetens. Ledarens roll kan variera stort, från att hålla i trådarna för något enstaka möte till att handleda en nybildad grupps utveckling eller stå för ledningen i en grupp på längre sikt.

När passar sig gruppverksamhet och när passar det inte?

Gruppverksamhet lämpar sig bra ifall dina planer uppfyller följande kriterier:

- Du har kritiskt granskat eventuella andra hälsofrämjande möjligheter och insett att gruppverksamhet är nödvändigt för att tillgodose de särskilda behoven i en viss grupp av människor.
- Du har bevis på att gruppverksamhet är effektivt för den här typen av klientgrupp.
- Du kommer att vara i kontakt med en särskild grupp av personer under en viss tid, vilket ger gruppmedlemmarna möjlighet att bygga upp tillit och hjälpa varandra.
- Det finns tillgång till en bekväm, avskild och lugn miljö, där gruppen kan samlas och verka, t.ex. ett kommunalt samlingsutrymme.

- Det finns tillgång till stöd och handledning åt dig när du är i behov av det och du kan få hjälp med att utveckla din gruppverksamhet.

Gruppverksamhet är särskilt praktiskt ifall:

- Du har planer på att arbeta med personer som redan bildat en liten, sluten grupp och som eventuellt är från tidigare van med gruppssamarbete.
- Du får kontakt med några individer som har gemensamma intressen och du vill utveckla ett jämlikt och respektfullt samarbete med dem.
- Du vill arbeta med minoritetssamhällen du själv inte hör till och det förekommer språk- och kulturskillnader.

De gånger det kanske inte är rekommendabelt att påbörja gruppverksamhet, eller att fortsätta ett redan befintligt gruppssamarbete är:

- Medlemmarna har olika tidigare erfarenheter och har därmed inte mycket gemensamt och kan känna sig osäkra i gruppen.
- Deltagarna kan ha olika kulturella och psykosociala ursprung, gemenskapen fattas och det är svårt för dem att anpassa sig till gruppen.
- Gruppen träffas endast ett fåtal gånger och medlemmarna hinner inte lära känna varandra tillräckligt för att känna tillit.
- Gruppmedlemskapet är ostabilt – medlemmarna kommer och går konstant.
- Ditt mål med gruppen är enbart att överföra information till deltagarna och då skulle en föreläsning med avslutande frågestund vara mera lämplig.
- Målet för gruppen är att motiveras till livsstilsförändringar utan att gruppmedlemmarna har tillfälle att genomföra dessa förändringar p.g.a. ekonomiska svårigheter, avsaknad av förmåga eller stöd.
- Det finns inte tillgång till någon passande lokal för sammanträden.
- Du saknar ännu den kompetens som behövs för att handleda i grupp, eller tillgång till den utbildning och det stöd som är nödvändigt.

Att bilda en grupp

När du planerar att starta en gruppverksamhet bör du på förhand ha tänkt över en del punkter

1) Varför anser du att gruppen ska bildas?

Finns det efterfrågan av kollegor, klienter eller handlar du utifrån dina egna erfarenheter? Kan en grupp hjälpa dig att utveckla dig själv och din roll som hälsovårdare? Vill du ge ut råd, stöd, information och hjälp till personer som vill förändra sitt hälsobeteende? Fundera även på ifall en grupp kommer att tillfredsställa dina egna eller dina klienters behov. Syftet med gruppen kan inkludera båda, men det är mest praktiskt att hålla dem åtskild.

2) Vem ska delta i gruppen?

Kommer deltagarna att remitteras till gruppen, blir de tvingade att delta eller sker deltagandet på frivillig basis? Har du som ledare sett till att alla har samma möjlighet att delta, t.ex. kontrollen upp rullstolsbundna lokaler, hörselslingor, tolkningstjänster med mera. Du bör även på förhand få vetskap om dessa eventuella behov. Hur tänker du nå ut till eventuella deltagare? Hur stort antal har du tänkt skall ingå i gruppen och vilket antal är mest lämpligt, med tanke på gruppens syfte och eventuella begränsningar i lokalutrymmen?

3) Vilka mål och syften ställs upp för gruppen?

Kan målet och syftet förstås av alla deltagare och ligger det inom ramarna för dina egna och medlemmarnas realistiska förmågor? Se till att dina syften med att bilda gruppen stämmer överrens med deltagarnas mål, d.v.s. det de vill nå genom att vara en del av gruppen.

4) Var sker gruppens träffar?

Är den avsedda lokalen passande för din grupp? Möten på hälsocentralens utrymmen kan kännas klinisk och kall medan en kommunal möteslokal eller någons hem kan upplevas mera avslappnande och inbjudande. Tänk över hur deltagarna sätter sig i lokalen – en cirkel fungerar bäst vid diskussioner och grupparbeten. Se till att platsen är lätt tillgänglig för medlemmarna och att lokalens tillstånd och säkerhetsanordningar är i ordning.

5) Vilka resurser behövs?

Kommer du att vara i behov av viss teknisk utrustning eller övrigt material? Se till att du känner till lokalens resurser och att du ordnar allt material innan

träffen. Kontrollera även eventuella kostnader för material etc, ifall gruppmedlemmarna kommer att behöva betala en viss avgift.

6) När ska gruppen ses?

Hur väljer du tiden för träffarna, utifrån ditt eget schema eller enligt medlemmarnas önskemål? Mötets längd skall även passa för deltagarna.

7) Hur skall gruppen hållas igång?

Gruppen kan vara en självhjälpssgrupp som styrs av deltagarna eller en grupp som leds av en sakkunnig ledare (hälsovårdare). Fundera även över ifall nya deltagare kan ansluta sig till gruppen i senare skeden, eller ifall gruppen sluts när den väl kommer igång med samarbetet.

8) Hur utvärderas gruppen?

Hur får du reda på om gruppens, enskilda medlemmarnas och dina egna målsättningar är uppnådda? Ska en utvärdering ske i slutet av varje träff, när gruppen upphör eller både och? En utvärdering kan ske muntligt och/eller skriftligt samt anonymt eller icke-anonymt. Tänk också över vad gruppverksamheten har lärt dig och vad du eventuellt skulle ändra på vid nästa grupparbete.

Hur få igång gruppen?

Som gruppleddare bör du för det första se till att medlemmarna känner sig trygga och lugna med situationen. Försök lär dig namnen på gruppens deltagare samtidigt som du kan ordna olika namnlekar för att deltagarna själva skall lära känna varandra, t.ex. övningar parvis eller med hela gruppen.

En diskussion kan bli till genom att du som ledare öppnar med en fråga åt deltagarna. Exempelvis ”Vad är det som gör att du vill ändra din livsstil?”, ”Vad tror ni att förespråkarna av denna diet försöker förmedla i den här annonsen?”, ”Vad anser ni om att energidrycker skulle få en åldersgräns på 18 år?”

Att använda sig av brainstorming och således få insamlat allas tankar är en bra grund för diskussion kring ett nytt ämne. Anteckna t.ex. på skrivtavla olika kategorier kring ämnet för att sedan diskutera kring dem. På detta sätt har alla deltagare en chans att medverka och känna sig delaktig.

Tystnad kan lätt uppkomma under gruppverksamhet. Du bör som ledare tänka över innan vad du kan ta dig till ifall du inte får respons från deltagarna. Det kan t.ex. löna sig att leda

en grupp tillsammans med en kollega eller annan person så att ni kan hjälpa varandra om någon av parterna kör fast. En grundlig förberedelse med planerade aktiviteter och frågor hjälper dig att lyckas med gruppens diskussioner.

Källa:

Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnett Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur AB

Gruppverksamhet

Hur man arbetar med grupper inom livsstilsändringar

Varför gruppverksamhet?

- Grupper bildas för olika ändamål och deltagarna har ofta en känsla av gemenskap, med liknande mål.

Exempel: En grupp med klienter i samma åldersgrupp som försöker gå ner i vikt.

- Klienterna blir mera delaktiga i sina hälsoärenden genom att få stöd och råd av andra i samma situation.

- Gruppens syfte kan vara att:

- Finnas till för ömsesidigt stöd, där deltagarna stöttar och hjälper varandra genom hälsoproblem.
- Bidra med utbildning eller information. Information kan överföras från sakkunnig till medlemmarna, samtidigt som deltagarna tillsammans med en rådgivare kan reda ut eventuella problem.

- Beroende på gruppens syfte kan deltagarantalet variera. En utbildningsgrupp kan ha ett större antal medlemmar än en grupp som finns till för att deltagarna skall stötta varandra.
- Den person som leder gruppen behöver kompetens. Rollen kan variera från att hålla i trådarna för något enstaka möta till att handleda en nybildad grupps utveckling, eller att stå för ledningen i en grupp på längre sikt.

När passar / passar inte gruppverksamhet?

Gruppverksamhet lämpar sig bra ifall dina planer uppfyller följande kriterier:

- Du har kritiskt granskat eventuella andra hälsofrämjande möjligheter och insett att gruppverksamhet är nödvändigt för att tillgodose de särskilda behoven i en viss grupp av människor.
- Du har bevis på att gruppverksamhet är effektivt för den här typen av klientgrupp.
- Du kommer att vara i kontakt med en särskild grupp av personer under en viss tid, vilket ger gruppmedlemmarna möjlighet att bygga upp tillit och hjälpa varandra.
- Det finns tillgång till en bekväm, avskild och lugn miljö, där gruppen kan samlas och verka, t.ex. ett kommunalt samlingsutrymme.
- Det finns tillgång till stöd och handledning åt dig när du är i behov av det och du kan få hjälp med att utveckla din gruppverksamhet.

Gruppverksamhet är särskilt praktiskt ifall:

- Du har planer på att arbeta med personer som redan bildat en liten, sluten grupp och som eventuellt är från tidigare van med gruppssamarbete.
- Du får kontakt med några individer som har gemensamma intressen och du vill utveckla ett jämlikt och respektfullt samarbete med dem.
- Du vill arbeta med minoritetssamhällen du själv inte hör till och det förekommer språk- och kulturskillnader.

De gånger det kanske inte är rekommendabelt att påbörja gruppverksamhet, eller att fortsätta ett redan befintligt gruppssamarbete är:

- Medlemmarna har olika tidigare erfarenheter och har därmed inte mycket gemensamt och kan känna sig osäkra i gruppen.
- Deltagarna kan ha olika kulturella och psykosociala ursprung, gemenskapen fattas och det är svårt för dem att anpassa sig till gruppen.
- Gruppen träffas endast ett fåtal gånger och medlemmarna hinner inte lära känna varandra tillräckligt för att känna tillit.
- Det finns inte tillgång till någon passande lokal för sammanträden.

- Gruppmedlemskapet är ostabilt – medlemmarna kommer och går konstant.
- Ditt mål med gruppen är enbart att överföra information till deltagarna och då skulle en föreläsning med avslutande frågestund vara mera lämplig.
- Målet för gruppen är att motiveras till livsstilsförändringar utan att gruppmedlemmarna har tillfälle att genomföra dessa förändringar p.g.a. ekonomiska svårigheter, avsaknad av förmåga eller stöd.
- Du saknar ännu den kompetens som behövs för att handleda i grupp, eller tillgång till den utbildning och det stöd som är nödvändigt.

Att bilda en grupp - Tänk på detta

1. Varför anser du att gruppen skall bildas?

- Finns det efterfrågan av kollegor, klienter eller handlar du utifrån dina egna erfarenheter?
- Kan en grupp hjälpa dig att utveckla dig själv och din roll som hälsovårdare?
- Vill du ge ut råd, stöd, information och hjälp till personer som vill förändra sitt hälsobeteende?
- Fundera även på ifall en grupp kommer att tillfredsställa dina egna eller dina klienters behov. Syftet med gruppen kan inkludera båda, men det är mest praktiskt att hålla dem åtskilda.

2. Vem ska delta i gruppen?

- Kommer deltagarna att remitteras till gruppen, blir de tvingade att delta eller sker deltagandet på frivillig basis?
- Har du som ledare sett till att alla har samma möjlighet att delta, t.ex. kontrollerat upp rullstolsbundna lokaler, hörselslingor, tolkningstjänster med mera. Du bör även på förhand få vetskap om dessa eventuella behov.
- Hur tänker du nå ut till eventuella deltagare?
- Hur stort antal har du tänkt skall ingå i gruppen och vilket antal är mest lämpligt, med tanke på gruppens syfte och eventuella begränsningar i lokalutrymmen?

3. Vilka mål och syften ställs upp för gruppen?

- Kan målet och syftet förstås av alla deltagare och ligger det inom ramarna för dina egna och medlemmarnas realistiska förmågor?
- Se till att dina syften med att bilda gruppen stämmer överrens med deltagarnas mål, d.v.s. det de vill nå genom att vara en del av denna grupp.

4. Var sker gruppens träffar?

- Är den avsedda lokalen passande för din grupp? Möten på hälsocentralens utrymmen kan kännas klinisk och kall medan en kommunal möteslokal eller någons hem kan upplevas mera avslappnande och inbjudande.
- Tänk över hur deltagarna sätter sig i lokalen – en cirkel fungerar bäst vid diskussioner och grupparbeten.
- Se till att platsen är lätt tillgänglig för medlemmarna och att lokalens tillstånd och säkerhetsanordningar är i ordning.

5. Vilka resurser behövs?

- Kommer du att vara i behov av viss teknisk utrustning eller övrigt material? Se till att du känner till lokalens resurser och att du ordnar allt material innan träffen.
- Kontrollera även eventuella kostnader för material etc., ifall gruppmedlemmarna kommer att behöva betala en viss avgift.

6. När ska gruppen träffas?

- Hur väljer du tiden för träffarna, utifrån ditt eget schema eller enligt medlemmarnas önskemål? Mötets längd skall även passa för deltagarna.

7. Hur skall gruppen hållas igång?

- Gruppen kan vara en självhjälpsgrupp som styrs av deltagarna eller en grupp som leds av en sakkunnig ledare (hälsovårdare).
- Fundera även över ifall nya deltagare kan ansluta sig till gruppen i senare skeden, eller ifall gruppen sluts när den väl kommer igång med samarbetet.

8. Hur utvärderas gruppen?

- Hur får du reda på om gruppens, enskilda medlemmars och dina egna målsättningar är uppnådda?
- Ska en utvärdering ske i slutet av varje träff, när gruppen upphör eller både och? En utvärdering kan ske muntligt och/eller skriftligt samt anonymt eller icke-anonymt.
- Tänk också över vad gruppverksamheten har lärt dig och vad du eventuellt skulle ändra på vid nästa grupparbete.

Hur få igång din grupp?

- För det första bör du som gruppleadare se till att deltagarna känner sig trygga och lugna med situationen.
- Försök lär dig namnen på gruppens deltagare. Samtidigt kan du ordna namnlekar så att deltagarna även lär känna varandra, t.ex. parvis eller med hela gruppen.
- Få igång diskussioner genom att ställa öppna frågor till deltagarna.

Exempel: *Vad är det som gör att du vill ändra din livsstil?*
 Vad tror ni att förespråkarna till denna diet försöker
 förmedla i den här annonsen?
 Vad anser ni om att energidrycker skulle få en
 åldersgräns på 18 år?

- Samla in gruppens tankar (brainstorma) inför diskussion om ett nytt ämne. Anteckna t.ex. olika diskussionskategorier på skrivtavla. Detta ger alla deltagare en chans att medverka och känna sig delaktiga.
- Tystnad kan lätt uppstå under gruppverksamhet. Som ledare bör du tänka över innan vad du kan ta dig till ifall du inte får respons från deltagarna.
 - Kanske du kan leda gruppen tillsammans med en kollega eller annan person, så att ni kan hjälpa varandra om någon kör fast.
 - Förbered dig grundligt. Ha färdigt planerade aktiviteter och frågor som hjälper dig att lyckas med gruppdiskussioner.

Källa

- Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnett Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur AB

En praktisk handbok som beskriver hälsoarbetets teori och praktik. I boken behandlas och utforskas olika begrepp och värderingar inom det hälsofrämjande arbetet. Evidensbaserat hälsoarbete, planering och samarbete med andra, kommunikation och undervisning samt stöd till förändring av levnadsvanor och arbete i lokala folkhälsoprojekt är övriga ämnen som tas upp.

DISKUTERA

L. Anderson & I. Sandin (2014)

TILL DIN MOTTAGNING KOMMER 60-ÅRIGA PETTER SOM LIDER AV ÖVERVIKT. DET ÄR HANS FÖRSTA BESÖK TILL DIG.

- HUR TAR DU UPP ÖVERVIKTEN OCH KOSTFRÅGORNA TILL DISKUSSION MED HONOM?
- PÅ VILKET SÄTT KAN DU FÅ PETTER ATT BLI MOTIVERAD TILL EN VIKTMINSKNING, VAD SÄGER DU ÅT HONOM?
- FÖRSÖK GÖRA UPP EN REALISTISK PLAN FÖR PETTER, MED TANKE PÅ KOSTEN OCH DEN FYSISKA AKTIVITETEN.

L. Anderson & I. Sandin (2014)

PLANERA EN GRUPP FÖR T.EX.

- 50-ÅRIGA KVINNOR SOM LIDER AV DIABETES
 - MÄN I ÅLDERN 30-70 SOM LIDER AV ÖVERVIKT
 - UNGA KVINNOR SOM VILL FÖRBÄTTRA SIN KOST
 - KONTORSARBETARE SOM VILL FÅ RÅD MED LIVSSTILSFRÅGOR
-
- VAD BÖR DU TÄNKA PÅ INNAN GRUPPEN TRÄFFAS?
 - VAD SKA NI TA UPP PÅ TRÄFFARNA?
 - HUR KOMMER GRUPPEN TRÄFFAS/FUNGERA I FRAMTIDEN?
 - VILKA POSITIVA EFFEKTER KAN GRUPPVERKSAMHETEN GE ÅT MEDLEMMARNA, JÄMFÖRT MED ATT DE SKULLE GENOMFÖRA FÖRÄNDRING PÅ EGEN HAND?

L. Anderson & I. Sandin (2014)